

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К  
СПЕЦИАЛЬНОМУ ЭКЗАМЕНУ  
ДЛЯ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ ОБРАЗОВАНИЕ В ИНОСТРАННЫХ  
ГОСУДАРСТВАХ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.02.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»  
СПО УГЛУБЛЕННОЙ ПОДГОТОВКИ**

**ЗАДАЧА 1**

Вызов к ребенку 9 месяцев. Накануне был насморк, сухой кашель. Температура 37,5<sup>0</sup>С. У ребенка проявления экссудативного диатеза. Ночью внезапно проснулся и стал беспокойным, появились лающий кашель, удушье, затруднен вдох. Голос осиплый.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, ребенок беспокоен. На щеках шелушение, гиперемия кожи. Из носа серозное отделяемое. В зеве гиперемия. В легких хрипы на фоне жесткого дыхания. В дыхании участвуют вспомогательные мышцы.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.
3. Группы здоровья, выявленные при проведении дополнительной диспансеризации населения.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Диагноз: Стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп)
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
  - успокоить ребенка и окружающих, обеспечить приток свежего воздуха
  - обрызгать прохладной водой
  - дать теплое щелочное питье
  - сделать горячую ванну или горчичники на грудь
  - ввести антигистаминные препараты (супрастин 2% 0,1 мл в/м)
  - госпитализировать в стационар для лечения основного заболевания.
3. Группы здоровья населения, выявленные при дополнительной диспансеризации:
  - I – практически здоров;
  - II – с высоким риском развития заболевания, нуждается в профилактических мероприятиях;
  - III – нуждается в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях;
  - IV – нуждается в дообследовании и лечении в стационарных условиях;
  - V – нуждается в высокотехнологичных видах медицинской помощи.
4. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму

**ЗАДАЧА 2**

В ФАП доставили мужчину 42 лет, который упал со строительной площадки. При этом он почувствовал резкую боль в области левого бедра и ощущение хруста в ноге.

Объективно: состояние крайне тяжелое. Больной заторможен, бледен, пульс 120 уд/мин., АД 80/55 мм рт.ст. Дыхание частое, 24 в мин., поверхностное. Осмотр бедра: отмечается деформация бедра в средней трети, отечность, резкая локальная болезненность в месте деформации, движения левой ногой резко ограничены. Легкое поколачивание по стопе отдается болью в месте травмы.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных симптомах, необходимых для уточнения диагноза и методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий,
5. Программа реабилитации в условиях поликлиники.

### Эталон ответа к задаче № 2

**1.** Диагноз: Закрытый травматический перелом левого бедра, осложненный травматическим шоком II степени.

Данный диагноз подтверждается типичным анамнезом (падение с высоты, резкая боль в бедре сразу после падения), объективными данными (деформация, отек в средней трети бедра, локальная болезненность). Тяжесть травмы подтверждается признаками развившегося травматического шока II степени (АД 80/55 мм рт.ст., пульс 120 уд/мин, ЧДД 24 в мин., бледность и заторможенность пострадавшего).

**2.** Для уточнения диагноза возможно определение симптомов патологической подвижности и крепитации отломков в месте перелома. Но это недопустимо, так как вызовет дополнительную травматизацию сосудов, нервов, мягких тканей, увеличение смещения отломков и усиление тяжести травматического шока.

**3.** Перелом бедра является одним из наиболее тяжелых повреждений костей, сопровождающихся травматическим шоком и кровотечением вокруг места перелома (800-1000 мл у взрослых), что требует неотложного оказания доврачебной помощи и госпитализации в травматологический стационар.

Алгоритм неотложной помощи:

- ввести наркотический анальгетик (2% 1 мл промедола), либо осуществить новокаиновую блокаду в месте перелома
  - ввести сердечно-сосудистые препараты и дыхательные analeптики (1 мл 1% раствора мезатона, 2 мл кордиамина и др.)
  - немедленно начать инфузионную терапию (полиглюкин 400,0, растворов: Рингера, гидрокарбоната натрия 4% 300,0), продолжая ее в ходе транспортировки в стационар
  - осуществить ингаляцию кислорода через носовой катетер
  - осуществить транспортную иммобилизацию табельными средствами в положении больного лежа на спине
  - приложить холод на место перелома
  - бережно транспортировать на носилках в травматологический стационар, продолжая лечебные мероприятия по борьбе с шоком
- 4.** Лечебная и диагностическая программа в стационаре проводится одновременно:
- оценка общего состояния пострадавшего на основе клинических показателей, лабораторных данных (общий анализ крови, гематокрит, ОЦК), ЭКГ
  - инфузионная терапия, в том числе и гемотрансфузия
  - адекватная анестезия, в том числе общее обезболивание с интубацией трахеи с переводом больного на ИВЛ
  - рентгенография бедра в 2-х проекциях
  - исключение повреждения внутренних органов (осмотр пострадавшего хирургом)
  - строгий постельный режим

- лечебная иммобилизация конечности под общим обезболиванием (скелетное вытяжение, остеосинтез, гипсовая кокситная повязка, наложение аппарата Елизарова).

Выбор способа зависит от характера и сложности перелома.

5. Программа реабилитации:

- объяснение пациенту сущности заболевания;
- разъяснение необходимости проведения реабилитационных мероприятий;
- проведение массажа и самомассажа;
- проведение ЛФК на дому и реабилитационном зале;
- проведение физиотерапевтических процедур;
- организация полноценного питания, содержащего кальций.

5. Техника транспортной иммобилизации бедра проводится согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 3

Фельдшера ОВП пригласили в квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, без иррадиации, температура тела 37,5<sup>0</sup>С. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, отмечается напряжение мышц брюшной стенки в этой области. Положительны симптомы: Щеткина-Блюмберга, Ситковского и Образцова.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи фельдшером ОВП.
4. Диагностическая и лечебная программа

### Эталон ответа к задаче № 3

1. Диагноз: Острый аппендицит.

Такое предположение базируется на данных объективного исследования: в правой подвздошной области определяется болезненность, напряжение мышц, симптомы раздражения брюшины. Боль справа усиливается в положении на левом боку (симптом Ситковского). При пальпации правой подвздошной области боль усиливается, когда больная удерживает вытянутую правую руку в приподнятом положении, то есть когда напряжена пояснично-подвздошная мышцы 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, Раздольского, Бартомье-Михельсона.

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 перкуссии над очагом воспаления.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- вызвать машину скорой медицинской помощи
- приложить холод к животу.

Больная подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение машины скорой помощи, так как возможно грозное осложнение – перитонит. Обезболивающие вводить не следует, чтобы не затушевывать 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, лапароскопия, которая позволяет осмотреть почти все органы брюшной полости, оценить состояние париетальной и висцеральной брюшины, выявить наличие или отсутствие экссудата.

Лечение пациентки с острым аппендицитом только оперативное (исключение составляет случай с плотным аппендикулярным инфильтратом, при котором стараются начать с консервативной терапии).

Оперируют взрослых по поводу острого аппендицита чаще под местной анестезией. Подготовка к операции – вводят раствор промедола, бреют операционное поле, пациентка 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.

#### 5. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 4

Вызов фельдшера скорой помощи к пациенту М. 29 лет, предъявляющему жалобы на тупые боли в правой половине поясничной области, частое мочеиспускание, температуру тела 38,4<sup>0</sup> С, общую слабость, ломоту в мышцах, отсутствие аппетита. Данные симптомы появились вчера после сильного переохлаждения.

Объективно: температура 38,4<sup>0</sup> С, состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого (+) справа. Диурез до 9-10 раз днем и 3-4 раза в ночное время. Стул регулярный, оформленный.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения.
5. Профилактика в условиях ОВП.

## Эталон ответа к задаче № 4

### 1. Диагноз: острый пиелонефрит.

Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: тупые боли в правой половине поясницы, частое мочеиспускание, температура 38,4<sup>0</sup> С, общая слабость, ломота в мышцах, отсутствие аппетита

Объективных данных: температура 38,4<sup>0</sup>С, положительный симптом Пастернацкого справа, тахикардия

Возникновение заболевания связывает с переохлаждением.

### 2. Тактика фельдшера: пациента необходимо госпитализировать на лечение в стационар

### 3. План обследования в стационаре:

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

### 4. Возможные осложнения

- бактериемический шок
- поддиафрагмальный абсцесс
- паранефрит
- переход в хроническую форму

### 5. Принципы лечения:

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

Антибактериальная терапия:

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

### 6. Профилактика в условиях ОВП:

Первичная:

- санация очагов хронической инфекции
- закаливание организма
- избегать переохлаждений, одеваться по сезону
- соблюдение правил личной гигиены
- своевременное лечение острого цистита

Вторичная:

- диспансерный учет с острым пиелонефритом 2 года
- после выписки из стационара продолжить лечение в течение 1 года: первые 10 дней каждого месяца - антибактериальные препараты, 10 дней – настои трав, 10 дней – перерыв
- санаторно-курортное лечение через 6 месяцев после лечения
- при любом простудном заболевании – общий анализ мочи
- своевременное опорожнение мочевого пузыря

### ЗАДАЧА 5

Мать Саши П., 10 месяцев, обратилась с жалобами на повышенную температуру тела ребенка, влажный кашель, слизистые выделения из носа и снижение аппетита. Ребенок от молодых, здоровых родителей, от первой беременности, которая протекала благополучно. Роды срочные нормальные. Масса при рождении 3600, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8 баллов. Мальчик вскармливался грудью до 3-х мес. Прикормы и витамин Д введены своевременно. Режим дня соблюдался, систематически бывал на прогулках. При осмотре температура тела 38,2 градусов 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 0,5х5см, края плотные. Перкуторно: звук с легким тимпаническим оттенком, при аускультации на фоне жесткого дыхания в задних нижних отделах и в подмышечных областях обилие мелких и среднепузырчатых влажных хрипов. Имеется втяжение межреберных промежутков. Дыхание 28-32 в мин. Границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны отчетливые, пульс 110 в мин. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул 2 раза в день без патологических примесей. Общий анализ крови Нв-142 г/л, Эр-4,32х10<sup>12</sup>/л, L-11,2х10<sup>9</sup>/л, Э-2%, П-2%, С-28%, М-4%, СОЭ-24 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах с обеих сторон. Корни бесструктурные, синусы свободные, сердце в пределах нормы.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи фельдшером ОВП и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в амбулаторно-поликлинических условиях, расскажите о подготовке к ним пациента, принципах лечения.
5. Диспансерное наблюдение.

### Эталон ответа к задаче № 5

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

- данных анамнеза заболевания: повышение температуры тела до 38,2<sup>0</sup> 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, аускультативное: на фоне жесткого дыхания выслушивается обилие мелких, среднепузырчатых влажных хрипов. Изменения на R-грамме органов дыхания: мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах легких с обеих сторон;

- изменениях в периферической крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ).

**2. Дополнительные симптомы:**

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

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

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

**2) Лечебная программа:**

- постельный режим в остром периоде, часто переворачивать, брать на руки;
- питание рациональное, дополнительное введение жидкости;
- регулярное проветривание помещения, оксигенотерапия;
- антибиотикотерапия (пенициллин, 100000 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 ложке 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.

**5. Диспансерное наблюдение** в детской поликлинике, через год снимается с учета.

## ЗАДАЧА 6

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

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

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

Результаты исследований: анализ крови: эр.  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв 143 г/л, л.  $6,5 \times 10^9/л$ , э. 5%, п. 2%, с. 47%, лимф. 43%, мон. 3%, СОЭ 33 мм/ч, С-РБ.++. Общий белок сыворотки крови 70 г/л, альбумины 40,6%, глобулины 59,4%:  $\alpha_1 - 2,2\%$ ,  $\alpha_2 - 16,7\%$ ,  $\beta - 12,5\%$ ,  $\gamma - 28,0\%$ . А/Г коэффициент 0,69, ревматоидный фактор по латекс-тесту 1 : 128. Содержание серомукоида в сыворотке крови 0,350 ед., фибриногена 6 г/л. на рентгенограммах кистей сужение суставных щелей проксимальных межфаланговых суставов, краевые эрозии, околосуставной остеопороз, анкилоз третьего проксимального межфалангового сустава левой кисти.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Принципы лечения.
4. Организация и проведение школ здоровья для пациентов в условиях ОВП

### Эталон ответа к задаче № 6

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

Обоснование диагноза:

- 1) Жалобы и данные анамнеза:
  - боли в суставах, утренняя скованность;
  - постепенное начало заболевания.
- 2) Объективные данные:
  - деформация пораженных суставов, гиперемия, болезненность и ограничения в области движений.
- 3) Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования:
  - лимфоцитоз, ускоренное СОЭ, СРБ++, диспротеинемия, А/Г – 0,69, ревматоидный фактор 1 : 128, повышенный серомукоид, фибриноген;
  - рентгенологические данные.

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

3. Принципы лечения в стационаре:

- режим палатный;
- диета полноценная, витаминизированная, стол № 15;
- кортикостероидные противовоспалительные средства (преднизолон 10-15 мг/сут);
- нестероидные противовоспалительные средства;
- производные индолуксусной кислоты: индометацин 0,025 2 раза в день, сулидак 400 мг 3 раза в день, или производные пропионовой кислоты: ибупрофен 200 мг 2 раза в день, напроксен 250 мг 2 раза в день, сургам 300 мг 2 раза в день, или производные фенилуксусной кислоты: диклонак-натрий (вольтарен, ортофен) 0,025, или оксикамы: пироксикам 10 мг 2 раза в день, теноксикам 20 мг 1 раз в день;
- иммунодепрессанты (имуран, азотиоприн, метатрексат);
- 4-аминохинолиновые препараты (делагил, плаквенил);

- иммуномодулирующие методы: плазмоферез, криоферез, лазерное облучение крови;
- иммуностимуляторы: тимоген, тимолин, левамизол, Т-активин;
- физиотерапия, ЛФК, массаж.

#### 4. Профилактика:

- санация очагов инфекции;
- устранение факторов переохлаждения;
- соблюдение режима труда и отдыха;
- диспансерное наблюдение;
- в фазе затухающего обострения санаторно-курортное лечение: Сочи-Мацеста, Пятигорск, Серноводск;
- с целью профилактики деформации суставов кисти пациента обучают держать суставы в функционально выгодном (физиологическом) положении – «кисть на ребро»;
- при поражении коленных суставов во избежание сгибательной контрактуры рекомендуется спать на жесткой постели, проводить упражнения для укрепления четырехглавой мышцы бедра, во время сна пользоваться протезами, удерживающими суставы в выпрямленном положении
- сгибательные контрактуры – показание к назначению укладок с грузами, наложению гипсовых лонгет, пользованию протезами
- при контрактурах стоп – подбор стелек-супинаторов, ношение удобной обуви с гибкой подошвой, широким каблуком, достаточно высоким подъемом, ЛФК с использованием специальных упражнений – подошвенного сгибания стопы, ротации, пронации и супинации.

#### 5. Организация школ здоровья:

1. Получение больным представления о причинах развития ревматоидного артрита, характере его течения и методах лечения.
2. Предупреждение рецидивов и прогрессирования заболеваний.
3. Обучение больных правильному приему лекарственных средств, оказанию самопомощи в неотложных случаях и убеждению в необходимости точного соблюдения всех назначений и рекомендаций лечащего врача.
4. Обучение больных правильному и здоровому образу жизни, режиму труда и отдыха, основам правильного питания, принципам лечебной физкультуры, принципам самоухода.
5. Ведение дневника здоровья и самонаблюдения.

#### 5. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму действия.

### ЗАДАЧА 7

Вы - фельдшер ФАП. При проведении патронажа к ребенку 18 дней Вы выявили: из пупочной ранки отделяется отделяемое серозного характера. Жалоб у мамы нет, состояние малыша удовлетворительное, температура тела 36,7<sup>0</sup> С., сосет активно.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова Ваша тактика?
3. Особенности ухода и наблюдения за этим ребенком.
4. Деятельность фельдшера по проведению профилактической работы на ФАПе.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. У ребенка катаральный омфалит, т.к. затягивается процесс заживления пупочной ранки (в норме она эпителизируется через 7-10 дней от момента отпадения пуповинного остатка) отсутствуют симптомы интоксикации.

2. Ребенка лечить амбулаторно (на дому):

- наблюдать его ежедневно;
- сообщать педиатру в ЦРБ.

3. Лечение местное - проводить туалет пупочной ранки 3-4 раза в день, заключающийся в промывании ее 3% раствором перекиси водорода с последующим прижиганием 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или 3-5% водным раствором перманганата калия.

4. Деятельность фельдшера по проведению профилактической работы на ФАПе:

- провести беседу с матерью младенца о необходимости туалета пупочной ранки;
- контроль проведения туалета пупочной ранки и правил гигиенического ухода и купания за новорожденным;
- патронаж новорожденного.

5. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму.

## ЗАДАЧА 8

На стройке рабочий упал с высоты 5 метров. Вызван фельдшер, дежуривший в здравпункте. При осмотре: пострадавший в сознании, жалуется на боли в животе справа, слабость, бросается в глаза выраженная бледность кожных покровов, АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 100 ударов в минуту. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, притупление звука в правой половине живота. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Правила транспортировки.
4. Ответственность медицинского работника.

### Эталон ответа к задаче № 8

1. Диагноз: Тупая травма живота, подозрение на разрыв печени, внутреннее кровотечение.

Обоснование: обстоятельства травмы: падение с высоты 5 метров, жалобы на боли в животе справа, слабость. При объективном обследовании - бледность кожных покровов, АД - 90/60 мм рт.ст., пульс 100 в 1 мин, болезненность в правом подреберье и притупление перкуторного звука в правой половине живота. С-м Щеткина-Блюмберга слабо положительный.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе:

- а) придать больному горизонтальное положение;
- б) установить систему с целью восполнения потерянной крови: в/в переливать физ.раствор (0,9% NaCl), аминокровин, реополиглюкин.
- в) в/в обезболивающие: анальгин 50% - 2,0 мл с димедролом 1% - 1,0 мл.
- г) дицинон 12,5% - 2,0 мл - 4,0 мл
- д) эpsilon - аминокaproновая кислота 5% - 100 мл в/в кап.
- е) холод на живот.

**3.** Транспортировка на носилках в травматологическую клинику, отделение абдоминальной хирургии.

**4.** В случае недобросовестного выполнения медицинским или фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей, повлекших причинение вреда здоровью граждан или их смерть возмещается ущерб. Это не освобождает от дисциплинарной, административной или уголовной ответственности, к которой может быть привлечен медицинский работник, в соответствии с законом РФ, законодательством субъектов РФ

### ЗАДАЧА 9

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул – такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз они перестали беспокоить.

При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд/мин, наполнение снижено. АД 100/60 мм рт.ст. (обычно давление больного 140/80 мм рт.ст.), ЧДД 26 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
4. Дайте характеристику групп здоровья, выявленных при дополнительной диспансеризации населения.

### Эталон ответа к задаче № 9

**1.** Диагноз: Желудочное кровотечение, геморрагический шок I ст.

О таком диагнозе можно подумать прежде всего исходя из анамнеза:

- больной страдает язвенной болезнью желудка, без особых причин почувствовал слабость, головокружение, стало подташнивать, практически исчезли боли в области желудка и, что весьма важно, был черный как деготь стул. Данные осмотра тоже склоняют к такому мнению: больной бледен, пульс 96 уд/мин., снижено АД до 100/60 мм рт.ст. тогда как обычно давление больного 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий и незначительно болезненный в эпигастрии.

**2.** Больному следует провести пальцевое исследование прямой кишки. На пальце будет обнаружен черный как деготь кал – мелена (характерна для желудочного кровотечения).

- ФГДС, если в содержимом желудка кровь, она удаляется, желудок промывается прохладным физиологическим раствором, может быть обнаружен источник кровотечения;
- анализ крови важен для оценки состояния и для сравнения с последующими показателями.

**3.** Алгоритм неотложной помощи:

- строгий постельный режим
- успокоить больного
- приложить холод к животу, начать введение гемостатиков

- транспортировать в положении лежа на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой медицинской помощи
- если возможно, то начать введение в вену, например, полиглюкина с целью увеличения ОЦК, нормализации гемодинамики.

Показано консервативное лечение: строгий постельный режим, в/в введение плазмы, полиглюкина, реополиглюкина и других кровезаменителей. Введение эpsilon-аминокапроновой кислоты, раствора дицинона, хлористого кальция, фибриногена. На область желудка периодически накладывают холод. Через рот ничего не дают;

- проводится регулярный лабораторный контроль состава крови (Hb, эритроциты, гематокрит), наблюдение за состоянием, повторная ФГДС. Иногда для остановки кровотечения применяют локальную гипотермию и диатермолазерную коагуляцию;
- при стабилизации состояния и тем более улучшении продолжается консервативная терапия с коррекцией вводимых средств и расширением диеты.

В случае продолжения кровотечения, угрожающего жизни больного, показано оперативное вмешательство. Эта операция на высоте кровотечения - мера вынужденная.

**4.** Группы здоровья населения, выявленные при дополнительной диспансеризации:

I – практически здоров;

II – с высоким риском развития заболевания, нуждается в профилактических мероприятиях;

III – нуждается в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях;

IV – нуждается в дообследовании и лечении в стационарных условиях;

V – нуждается в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

**5.** Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму

## ЗАДАЧА 10

Ребенок 10 лет. Заболел остро. Повысилась температура до 38,9<sup>0</sup>С. Состояние резко ухудшилось, стал очень вялым, была однократная рвота, отказывается от еды. Мочится часто, небольшими порциями, во время акта мочеиспускания ощущает болезненность, жалуется на боли в поясничной области.

В анализе мочи: белок – следы, эритроциты – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 70-90 в поле зрения. Из мочи выделена кишечная палочка, титр 500 000 микробных тел в 1 мл.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Где должен лечиться ребенок?
3. Особенности диеты при этом заболевании

### Эталон ответа к задаче № 10

**1.** Диагноз: острый пиелонефрит (острое начало, наличие синдрома интоксикации и дизурических расстройств; в анализе мочи – лейкоцитурия и бактериурия).

**2.** Ребенок должен лечиться в стационаре.

**3.** Назначается обильное питье. В остальном у 10-месячного ребенка питание по возрасту.

## ЗАДАЧА 11

Вы работаете фельдшером на базе отдыха без врача. К вам обратился мужчина с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 108 уд/мин. АД 100/70 мм рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Дополнительные симптомы для уточнения диагноза, методика их выявления
3. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе и правила транспортировки
4. План профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях

### Эталон ответа к задаче № 11

Диагноз: Острый панкреатит

Заключение основано на данных анамнеза:

- выраженных болей опоясывающего, тупого характера
- мучительной неукротимой рвоты, не приносящей облегчения

Характерным провоцирующим фактором возникновения данного заболевания послужило обильное застолье. Употреблявшийся алкоголь является одним из токсикоаллергических причинных факторов в возникновении острого панкреатита.

Кроме того, заключение основано на данных объективного исследования – живот мягкий, болезненный при пальпации в проекции поджелудочной железы, что также свидетельствует об остром панкреатите.

2. Дополнительные симптомы для уточнения диагноза:

- симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу
- симптом Воскресенского – ослабление пульсации брюшной аорты, выявляемое при глубокой пальпации в проекции поджелудочной железы (на половине расстояния между мечевидным отростком и пупком по белой линии передней брюшной стенки).

3. Доврачебная помощь.

Острый панкреатит – заболевание, при котором показана госпитализация в отделение неотложной хирургии.

Доврачебная помощь заключается в транспортировке больного в стационар в положении лежа на спине. Предварительно на эпигастральную область положить пузырь со льдом, ввести назогастральный зонд.

Диагностическая и лечебная программа.

В стационаре проводят:

- 1) общеклиническое обследование
- 2) обзорную рентгенографию органов брюшной полости, на которой выявляются обычно раздутая петля поперечно-ободочной кишки и сглаженность левой пояснично-подвздошной мышцы

3) УЗИ поджелудочной железы и органов брюшной полости позволяет выявить изменения в структуре поджелудочной железы, забрюшинной клетчатке, а также наличие жидкости в сальниковой сумке и брюшной полости

4) ФГДС проводят с целью исключения патологии большого дуоденального соска

5) лабораторные методы диагностики:

- общий анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ)
  - общий анализ мочи (обычно без изменений)
  - биохимический анализ крови на амилазу, трипсин, липазу (отмечается повышение ферментов)
  - анализ мочи на амилазу (диастазу) – значение этого показателя повышено при отечных формах, при деструктивных – остается нормальным или понижается
- Моча в лабораторию доставляется теплой.

В связи с экстренностью ситуации специальной подготовки пациента к перечисленным методам исследования не требуется.

Лечебная программа в стационаре:

- постельный режим, холод на эпигастральную область, диета № 0
- препараты спазмолитического и анальгетического действия (атропин, баралгин, но-шпа, 0,5% раствор новокаина в/в)
- антиферментная терапия (контрикал, городокс, трасилол). В настоящее время широко используется цитостатик – 5-фторурацил, блокирующий образование ферментов поджелудочной железы
- инфузионная терапия (плазмозаменяющие, дезинтоксикационные препараты, регуляторы водно-солевого обмена)
- антибиотикотерапия (группы цефалоспоринов и аминогликозидов) для профилактики гнойных осложнений
- двусторонняя новокаиновая паранефральная блокада или блокада круглой связки печени. При неэффективности консервативной терапии проводится оперативное лечение.

4. План профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях:

- привлечение пациента к занятиям в школе здоровья;
- пропаганда здорового образа жизни;
- запрет на употребление алкоголя и обильной жирной пищи, острой и соленой пищи;
- соблюдение режима труда и отдыха пациентом;
- ограничение пациентом подъема тяжестей;
- избегание пациентом стрессов.

5. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

## ЗАДАЧА 12

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

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

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения в амбулаторно-поликлинических условиях, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.

### Эталон ответа к задаче № 12

Диагноз: Диффузный токсический зоб II степени, средней степени тяжести.

Обоснование диагноза:

1) Данные анамнеза:

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

2) Объективные данные:

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

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

3. Дополнительные методы исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови: холестерин, общий белок и белковые фракции, сахар крови
- Исследования гормонов Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, ТТГ
- УЗИ щитовидной железы
- Сканирование щитовидной железы
- Определение йоднакопительной способности щитовидной железы

4. Принципы лечения в амбулаторно-поликлинических условиях:

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

Диспансерное наблюдение у эндокринолога и терапевта. Диспансерные осмотры не менее 1 раза в год с проведением дополнительного обследования.

Профилактика осложнений (тиреотоксический криз, СРК, офтальмопатия, депрессия): лечение тиреостатическими препаратами, β-адреноблокаторами, седативными средствами, транквилизаторами или проведение оперативного лечения по показаниям.

### ЗАДАЧА 13

Мама с девочкой 2,5 лет обратилась к фельдшеру ОВП по поводу учащенного и болезненного мочеиспускания у ребенка, болей в животе и повышения температуры до 37,5<sup>0</sup> С. Осмотрена хирургом, хирургическая патология исключена. Эти симптомы наблюдались в течение года дважды, и после обследования был выставлен диагноз "цистит". Лечение проводилось амбулаторно. В анамнезе частые простудные заболевания (7 раз ОРЗ за последний год). Родители здоровы, но у бабушки со стороны мамы заболевание почек.

Объективно: масса 11,5 кг, рост 85 см. Состояние удовлетворительно. Астеническое телосложение. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфоузлы: тонзиллярные безболезненные, размером до 0,8 см, неспаивающиеся с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Над легкими перкуторный звук легочной, выслушивается пуэрильное дыхание. Границы сердца соответствуют возрасту. Тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный над лоном. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, 15 раз в день.

В общем анализе мочи реакция щелочная, относительная плотность мочи 1012, мутная, лейкоциты 20-25, плоский эпителий 3-5 в поле зрения. Анализ крови: СОЭ 25 мм/час, лейкоциты  $12 \times 10^9/\text{л}$ , Нв 108 г/л.

Проба Зимницкого: дневной диурез 300 мл, ночной диурез 500 мл, колебания удельного веса 1005-1012.

УЗИ почек: размеры соответствуют возрасту, положение и подвижность обычные, отмечается уплотнение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, удвоение почки справа.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выполнения.
4. Расскажите о принципах лечения.
5. Составьте план реабилитационных и профилактических мероприятий в условиях ОВП.

### Эталон ответа к задаче № 13

**1.** Диагноз: Хронический пиелонефрит на фоне врожденной патологии почек.

Заключение основано на данных анамнеза и жалоб, типичных для данного заболевания:

- учащенное и болезненное мочеиспускание
- боли в животе, повышение температуры тела
- симптомы наблюдались в течение года

В анамнезе жизни частые простудные заболевания, у бабушки со стороны матери заболевание почек. Данные объективного обследования: ребенок астенического телосложения, в массе отстает от нормы, живот при пальпации болезненен над лоном, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон; учащено мочеиспускание до 15

раз в сутки. Лабораторные данные: в анализе мочи (общий, проба по Зимницкому): низкий удельный вес, лейкоцитурия, никтурия. В крови повышена СОЭ до 25 мм/час; незначительный лейкоцитоз, снижен гемоглобин. При обследовании на УЗИ отмечается уплотнение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, удвоение почки справа.

2. При заболевании почек ребенка необходимо госпитализировать в стационар.

3. Для уточнения диагноза необходимо проверить наличие отеков (отечности век, голеней), проводить контроль АД.

В стационаре необходимо провести: анализ мочи по Нечипоренко для исследования осадка мочи и подсчета форменных элементов; пробу по Зимницкому, отражающую сниженную способность почек концентрировать мочу. Информативны рентгеноурологические методы обследования – экскреторная урография, выявляющая размер, контуры и расположение почек, неравномерность поражения их паренхимы, рефлюксы и иные препятствия к оттоку мочи. Необходимо провести бактериологическое исследование мочи, определить чувствительность к антибиотикам; постоянно следить за АД и количеством выпитой и выделенной жидкости.

4. Лечебная программа:

- постельный режим весь лихорадочный период;
- диета в острый период стол № 7, затем стол № 5 (молочно-растительный) с ограничением острого и соленого. Дополнительное количество жидкости за счет арбуза, соков, клюквенного и брусничного морсов, щелочных минеральных вод;
- антибактериальная терапия 10-15 дней: полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины, нитрофурановые препараты (фурадонин, фуразолидон, неvigрамон, 5-НОК);
- витамины группы В и С.

При достижении ремиссии назначают фитотерапию (лечебные сборы трав) по схеме.

5. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму.

#### ЗАДАЧА 14

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

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

Задания:

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

#### Эталон ответа к задаче № 14

1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложнившаяся желудочным кровотечением.

## 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики
- обеспечить физический и психологический покой пациенту
- положить пузырь со льдом на область желудка с целью сужения сосудов и уменьшения кровотечения
- ввести в/м дицинон 12,5% - 2,0 мл
- ввести в/м викасол 1% раствор 1-1,5 мл с целью гемостаза (препарат начинает действовать через 12-18 часов)
- ввести в/в капельно 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты на изотоническом растворе хлорида натрия 100 мл
- контроль за АД, пульсом для оценки состояния пациента
- госпитализировать в хирургическое отделение ЛПУ.

## 3. Школа здоровья для пациентов при язвенной болезни:

1. Получение больным представления о причинах развития язвенной болезни, характере ее течения и методах лечения.

2. Предупреждение рецидивов и прогрессирования заболеваний.

3. Обучение больных правильному приему лекарственных средств, оказанию самопомощи в экстренных случаях и убеждению в необходимости точного соблюдения всех назначений и рекомендаций лечащего врача.

4. Обучение больных правильному и здоровому образу жизни, режиму труда и отдыха, основам правильного питания.

5. Ведение дневника здоровья и самонаблюдения.

4. Рассказать о подготовке больного к исследованию кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

## ЗАДАЧА 15

Мальчику 8 месяцев. Жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных 2 родов (масса – 3700г, длина – 50 см). Период новорожденности без особенностей. Вскармливание грудью до 2 мес., с 3 мес. введена манная каша без совета врача, использовались неадаптированные смеси. Ребенок витамин Д не принимал, соки получал редко. Прогулки были не ежедневно. Прибавка в весе была неравномерной. Перенес 2 раза ОРВИ. 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 × 3,0 см, края податливые. Затылок уплощен, облысевший. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие "четки", на руках выраженные "браслетки". Имеется кифоз в поясничном отделе позвоночника, который исчезает при положении ребенка на животе. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: Нв 102 г/л, эритроциты  $3,98 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $4 \times 10^9/л$ , СОЭ 5 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Биохимические данные: фосфор в сыворотке 034 г/л, кальций 0,09 г/л.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза.

3. Объем доврачебной помощи и принципы лечения в амбулаторно-поликлинических условиях.
4. Деятельность фельдшера по профилактике заболевания в условиях ОВП.

#### **Эталон ответа к задаче № 15**

1. У ребенка рахит II степени, стадия разгара. Анемия железодефицитная, легкая степень. Заключение ставится на основании:
  - данных анамнеза: питание ребенка однообразное; фрукты, овощи ребенок не получает; грудное вскармливание только до 2 месяцев, витамин Д с профилактической целью не получал. Гуляет ребенок редко. Часто болеет ОРВИ;
  - объективных данных: потливость, бледность кожных покровов, снижение мышечного тонуса, выраженная деформация со стороны костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей;
  - лабораторных исследований.
2. Дополнительным симптомом данной формы заболевания является краниобес – размягчение отдельных участков затылочной кости, которое определяется пальпаторно. На уровне прикрепления диафрагмы возникает западение "гаррисонова борозда", нарушены сроки и порядок прорезывания зубов.
3. В данном случае ребенок не нуждается в срочной госпитализации в стационар, и при удовлетворительных материально – бытовых условиях можно провести лечение на дому.
4. В условиях стационара для подтверждения диагноза необходимо провести рентгенографию дистальных отделов костей предплечья и определить уровень фермента щелочной фосфатазы 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.
5. Профилактическая деятельность фельдшера:
  - Разъяснение родственникам – матери - сущности заболевания;
  - Назначение ребенку витамина Д в профилактических дозах – 500 МЕ;
  - Назначение ребенку УФО в зимнее время года, обеспечение прогулок на свежем воздухе и прием воздушных ванн в летнее время года;
  - Общий массаж;
  - Полноценное питание ребенка и матери.
6. Техника выполнения манипуляции по алгоритму.

#### **ЗАДАЧА 16**

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

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

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
4. Принципы лечения и профилактика заболевания.
5. Перечислите права пациента.

### Эталон ответа к задаче № 16

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

Обоснование диагноза:

1) Жалобы:

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

2) Данные анамнеза:

- ревматический порок в течение 8 лет.

3) Объективные данные:

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

**2. Тактика фельдшера:**

- госпитализация в центральную районную больницу и консультация ревматолога.

**3. Обязательные исследования в стационаре:**

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

**4. Принцип лечения:**

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

Лечение хронической сердечной недостаточности:

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

Первичная профилактика:

- ранняя диагностика А-стрептококковой ангины, фарингита;
- адекватная терапия А-стрептококковой ангины, фарингита у лиц с факторами риска (неблагоприятные бытовые условия, низкий уровень доходов в семье, отягощенная по ревматизму наследственность) бензилпенициллином в суточной дозе 2-3 млн. ЕД или полусинтетическими аналогами (предпочтителен амоксициллин по 0,5 г 3 раза в день), 10 дней;
- при рецидивирующем тонзиллите, фарингите А-стрептококковой природы назначаются макролиды (кларитромицин по 0,25 г 2 раза в день, 8-10 дней) или цефалоспорины (цефаклор по 0,25 г 3 раза в день, 7-10 дней, и др.).

Вторичная профилактика:

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

## 5. Права пациента:

- 1) Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) Выбор врача;
- 3) Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) Проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- 7) Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 8) Отказ от медицинского вмешательства;
- 9) Получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья;
- 10) Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) Возмещение ущерба;
- 12) Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- 13) Допуск к нему священнослужителя для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

## ЗАДАЧА 17

Во время несения службы охранник частного предприятия подвергся нападению и получил огнестрельное ранение в правое плечо.

Объективно: на передней поверхности середины правого плеча имеется умеренно кровотокающая рана, неправильной округлой формы, на задней поверхности – аналогичная рана несколько больших размеров с неровными краями. Из анамнеза выяснилось, что в пострадавшего стреляли на расстоянии около 30 м из пистолета. В здравпункте соседнего предприятия дежурил фельдшер, к которому и обратился пострадавший.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе
3. Перечислите виды ответственности медицинского работника

### Эталон ответа к задаче № 17

1. Диагноз: Сквозное огнестрельное (пулевое) ранение плеча.

Заключение основано из данных анамнеза (пострадавший подвергся нападению) и объективного исследования правого плеча (наличие сквозной раны с входным и выходным отверстиями, характерными для огнестрельного ранения; кровотечения из раны).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- визуальный осмотр раны
- туалет раны и наложение асептической давящей повязки
- подвесить руку на косынке
- немедленно сообщить в дежурную часть МВД по телефону 02 о происшедшем
- вызвать бригаду скорой медицинской помощи

3. В случае недобросовестного выполнения медицинским или фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей, повлекших причинение вреда здоровью граждан или их смерть возмещается ущерб. Это не освобождает от дисциплинарной, административной или уголовной ответственности, к которой может быть привлечен медицинский работник, в соответствии с законом РФ, законодательством субъектов РФ.

4. Выполнение манипуляции согласно алгоритму.

## ЗАДАЧА 18

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

Объективно: кожа и слизистые физиологической окраски. Подкожно-жировой слой развит недостаточно, распределен равномерно. Тонус мышц несколько снижен, сила достаточная. Суставы не изменены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 92 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык обложен серым

налетом. Живот умеренно болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень, селезенка не увеличены. Болезненность в зоне Шоффара, положительный симптом Мейо-Робсона слева.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения в условиях ОВП.
5. Деятельность фельдшера по проведению профилактической работы при данном заболевании

### Эталон ответа к задаче № 18

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

Обоснование диагноза:

Диагноз поставлен на основании:

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

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

3. Дополнительные исследования в стационаре:

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

- фиброгастроуденоскопия;
- ангиография поджелудочной железы;
- компьютерная томография.

#### 4. Принципы лечения:

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

Купирование болевого синдрома:

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

Лечение дуоденостаза:

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

Антибактериальная терапия:

- полусинтетические антибиотики: цефалоспорины.

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

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

#### 5. Деятельность фельдшера по проведению профилактической работы:

Первичная профилактика:

- исключение злоупотребления алкоголем;
- соблюдение режима питания;
- рациональное питание.

Вторичная профилактика:

- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим панкреатитом;
- исключение острых, жирных и жареных продуктов, алкоголя;
- на фоне высокобелковой диеты назначают анаболические стероидные препараты: ретаболил или метандростенолон.

## ЗАДАЧА 19

В ФАП доставлен мужчина 25 лет. Получил удар бортом машины по спине, при падении ударился о стенку зернохранилища. Потери сознания не было. Не смог встать на ноги и идти. Жалобы на жгучую боль в позвоночнике и боль в животе, слабость и отсутствие движений в ногах.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. Дыхание не нарушено. Живот мягкий, безболезненный. В надлобковой области определяется круглое, упругое, эластичное, умеренно болезненное образование. В нижнегрудном отделе позвоночника на уровне X-XI грудных позвонков – кровоподтек, умеренная болезненность при пальпации, отмечается выстояние остистых отростков X-XI грудных позвонков. Отмечаются отсутствие активных движений, понижение и уменьшение силы в нижних конечностях, снижение чувствительности ниже пупартовой связки.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи, возможных осложнениях.
4. Расскажите о реабилитационных мероприятиях в условиях ОВП.

### Эталон ответа к задаче № 19

**1.** Диагноз: закрытый компрессионный перелом тел X-XI грудных позвонков с повреждением спинного мозга и тазовыми расстройствами.

Диагноз поставлен на основании:

- анамнеза и жалоб: на сильный удар в спину, боль в пояснице, слабость в нижних конечностях;
- данных объективного исследования: кровоподтек в нижнегрудном отделе позвоночника, умеренная болезненность при пальпации поясничной области, выстояние остистых отростков X-XI грудных позвонков, припухлость, наличие пальпируемого образования в надлобковой области (переполненный мочевой пузырь), отсутствие активных движений, понижение тонуса и уменьшение силы в мышцах нижних конечностей, снижение чувствительности ниже уровня повреждения позвоночника.

**2.** Для уточнения диагноза и исключения поражения органов брюшной полости необходимо проверить отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины.

### **Методика проведения поверхностной пальпации для определения напряжения мышц передней брюшной стенки**

При пальпации по методу Образцова-Стражеско пациент должен лежать на спине с вытянутыми ногами и сложенными на груди руками, спокойно, глубоко дышать, расслабив мускулатуру брюшного пресса. Пальпацию проводят осторожно, теплыми руками, чтобы не вызвать у больного неприятных ощущений и усиления болей. Кисть расправляют и слегка согнутыми пальцами производят легкие поглаживающие движения передней брюшной стенки, поэтапно перемещаясь от здоровой области к болезненному участку. При этом можно выявить местное или общее напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность в области воспалительного очага.

## Методика определения симптомов раздражения брюшины

Симптом Щеткина-Блюмберга. При относительно быстром отнятии руки от вдавленной брюшной стенки возникает гораздо более резкая болезненность, чем при надавливании. Появление болей зависит от сотрясения пристеночной брюшины. Симптом характерен для всех процессов в брюшной полости, вызывающих раздражение брюшины (воспаление, кровотечение).

Для уточнения характера двигательных расстройств в нижних конечностях необходимо исключить наличие центрального или периферического паралича.

В конкретном случае, в зависимости от уровня повреждения спинного мозга, можно определить только наличие (или отсутствие) патологических подошвенных рефлексов, характерных для спастического паралича. Определение силы и тонуса мышц в нижних конечностях и проведение характерных для периферического паралича проб могут привести к дополнительной травме спинного мозга. Эти обследования проводятся невропатологом в стационаре, после уточнения характера повреждения спинного мозга.

### 3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- вызов (с помощью третьего лица) бригады скорой медицинской помощи
- введение анальгетиков для уменьшения боли и профилактики шока – 2 мл 50% раствора анальгина, трамала
- бережное укладывание пострадавшего при помощи 3-5 человек в один прием на носилки со щитом в положении на спине, с осторожной фиксацией ремнями и ляжками. Должно быть соблюдено правило – пострадавший должен быть уложен на носилки лишь один раз, второе переукладывание только в постель с операционного стола
- катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером – для эвакуации мочи
- щадящая транспортировка в нейрохирургический стационар

Диагностическая программа в стационаре:

Провести:

- рентгенографию нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника
- магнитно-резонансную томографию для уточнения локализации и характера повреждения позвоночника и спинного мозга
- УЗИ органов брюшной полости
- люмбальную пункцию с исследованием спинномозговой жидкости для установления вида повреждения спинного мозга
- лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи.

Лечебная программа в стационаре:

Решение вопроса о выборе метода лечения проводится индивидуально в каждом конкретном случае. При выборе консервативного метода лечения необходимо:

- уложить пациента на щит для осуществления вытяжения и репозиции поврежденных позвонков с помощью валика, подложенного под область физиологического лордоза
- проводить профилактику трофических нарушений
- назначить антибактериальную терапию для профилактики инфекционных осложнений
- проводить медикаментозную терапию, направленную на восстановление утраченных функций спинного мозга
- назначить физические методы лечения (ЛФК, массаж) для реабилитации функции нижних конечностей.

### 4. Программа реабилитации в условиях ОВП:

- объяснение пациенту сущности заболевания;
- разъяснение необходимости проведения реабилитационных мероприятий;
- проведение ЛФК на дому;

- проведение массажа и самомассажа;
- проведение физиопроцедур с использованием переносной техники;
- обучение пациента передвижению с помощью дополнительной передвижной опоры.

### ЗАДАЧА 20

Вызов фельдшера ФАПа к пациенту В. 23 лет, который жалуется на сильную головную боль, повышение температуры тела до 39,5<sup>0</sup> С, отеки на лице, общую утомляемость, ноющие боли в пояснице, мутную мочу. Связывает появление этих симптомов с перенесенной примерно 2 недели назад ангиной.

Объективно: температура 39,5<sup>0</sup> С, общее состояние средней тяжести. Лицо бледное, одутловатое, кожа горячая на ощупь. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс 92 уд/мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого (поколачивания) положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 7-9 раз в сутки.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
5. Принципы лечения.
6. Деятельность фельдшера ФАПа по первичной и вторичной профилактике заболевания.

### Эталон ответа к задаче № 20

**1. Диагноз:** Острый гломерулонефрит.

Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: головная боль, повышение температуры тела до 39,5<sup>0</sup> С, отеки на лице, общая слабость, ноющие боли в пояснице, мутная моча.

Анамнеза: 2 недели назад перенес ангину.

Объективных данных: температура 39,5<sup>0</sup> С, лицо бледное, одутловатое, тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте, тахикардия, АД 170/100 мм.рт.ст., симптом Пастернацкого (+) с обеих сторон, учащенное мочеиспускание.

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

**3. Необходимые дополнительные методы исследования в стационаре:**

- Общий анализ мочи
- Анализ мочи по Нечипоренко
- Проба по Зимницкому
- Посев мочи
- УЗИ почек
- Биохимический анализ крови на белок и белковые фракции, на АСЛО
- Проба Реберга
- Ренография

- Электрокардиография
- Флюорография грудной клетки

#### 4. Возможные осложнения:

- Острая сердечная недостаточность
- Острая почечная недостаточность
- Почечная энцефалопатия

#### 5. Принципы лечения в стационаре:

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

Деятельность фельдшера по первичной и вторичной профилактике:

Первичная профилактика:

- санация очагов хронической инфекции
- эффективное и своевременное лечение острых инфекционных заболеваний
- избегать переохлаждений
- закаливание организма
- при ОРЗ, ангинах – соблюдение постельного режима, назначений врача

Вторичная профилактика:

- все больные после острого гломерулонефрита должны состоять на диспансерном учете у терапевта в течение 2-х лет
- трудоустройство больных после острого гломерулонефрита: исключается тяжелый физический труд, работа на холоде, в сырых помещениях, в ночное время, командировки
- нельзя применять нефротоксичные препараты
- через 6 месяцев можно санаторно-курортное лечение (Байрам-Али)

#### 6. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 21

Рабочий пилорамы в результате несоблюдения техники безопасности придавлен бревном на уровне таза. Появились сильные боли в области таза. Доставлен в участковую больницу, где дежурил фельдшер.

Объективно: состояние средней тяжести, бледен. Выраженная боль в области таза, определяется значительных размеров подкожная гематома в области крыльев подвздошных костей и внизу живота. При легком надавливании с боков на тазовые кости боли усиливаются (симптом Вернейля) и определяется крепитация. Мочеиспускание самостоятельное, моча не изменена. Движения в суставах нижних конечностей сохранены,

но вызывают усиление болей в области таза. Симптомы раздражения брюшины и признаки внутреннего кровотечения отсутствуют. АД 105/70 мм рт.ст. Пульс 92 уд/мин.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе и правила транспортировки в ЛПУ соответствующего профиля.
3. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий.
4. Составьте план реабилитационных мероприятий в условиях ОВП.

### Эталон ответа к задаче № 21

**1. Диагноз:** Закрытый перелом костей таза без повреждения внутренних органов.

Подтверждением данного диагноза являются факт травмы, ее механизм, результаты объективного исследования (подкожная гематома в области крыльев подвздошных костей и низа живота, положительный симптом Вернейля и крепитация отломков кости), наличие самостоятельного мочеиспускания, отсутствие симптомов раздражения брюшины и явных признаков внутреннего кровотечения (удовлетворительные гемодинамические показатели), но при наличии симптомов травматического шока I степени.

Необходимо срочно определить общий анализ крови и мочи для исключения острой кровопотери и повреждения внутренних органов.

**2. Алгоритм неотложной помощи:**

- создание полного покоя с приданием пострадавшему на носилках положения "лягушки"
- введение 2% 1 мл промедола п/к
- введение сердечно-сосудистых препаратов (кордиамин 2 мл), раствора глюкозы 5% 500 мл с добавлением инсулина 6 ЕД, капельная инфузия раствора полиглюкина 400 мл
- применение холода на низ живота
- транспортировка на носилках в положении "лягушки" со скатанным одеялом под колени в травматологическое отделение

**3. Диагностическая программа в стационаре:**

- рентгенография костей таза
- обзорная рентгенография брюшной полости
- повторный общий анализ крови, определение гематокрита, объема циркулирующей крови, общий анализ мочи
- консультация врача-хирурга

Лечебная программа:

- введение повторно 2% 2 мл промедола
- внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову-Селиванову
- симптоматическая терапия
- консервативное лечение на функциональной кровати в случае подтверждения первоначального диагноза
- полноценный уход и питание, профилактика пролежней.

**4. Реабилитационная программа в условиях ОВП:**

- объяснение пациенту сущности заболевания
- разъяснение пациенту вопросов необходимости реабилитации
- лечебная физкультура
- физиотерапевтическое лечение
- самомассаж
- массаж

- лечебное питание
- медикаментозное лечение по назначению врача
- обучение передвижению с помощью дополнительной передвижной опоры.

## ЗАДАЧА 22

В общежитии колледжа студентка М., 20 лет, пожаловалась окружающим на внезапное появление общей слабости, чувство голода, дрожание конечностей и вскоре потеряла сознание. Студенты вызвали фельдшера. Из анамнеза известно, что в течение 6 месяцев больна сахарным диабетом 1 типа. В настоящее время лечится амбулаторно по поводу фолликулярной ангины. Час назад сделала инъекцию инсулина в дозе 40 ед., но поесть не успела.

Объективно: больная без сознания, кожа повышенной влажности, мышцы напряжены, с судорожным подергиванием, число дыханий 18 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, чистые. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 64 в мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Принципы проведения школы здоровья в условиях ОВП при данном заболевании.

## Эталон ответа к задаче № 22

### 1. Диагноз: Гипогликемическая кома

#### 1) Данные анамнеза:

- 6 месяцев назад у пациентки диагностирован сахарный диабет 1 типа;
- сделала инъекцию инсулина, но не приняла пищу.

#### 2) Жалобы:

- слабость;
- чувство голода;
- дрожание конечностей.

#### 3) Объективные данные:

- отсутствие сознания;
- влажная кожа;
- судорожное подергивание мышц;
- пульс 64 в минуту;
- АД 80/50 мм.рт.ст.;
- язык чистый влажный.

2. Тактика фельдшера: вызов бригады скорой медицинской помощи и оказание неотложной помощи до приезда бригады скорой помощи.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- придать пациенту устойчивое боковое положение для профилактики западения языка, асфиксии и аспирации рвотных масс;
- ввести внутривенно капельно 60-80 мл 40% глюкозы;
- если сознание не восстановилось, при низком АД 0,1% - 1 мл адреналина, 30-60 мг преднизолона внутривенно, 5% раствор глюкозы 400 мл внутривенно.

4. 1. Получение больным представления о причинах и механизмах развития заболевания (сахарного диабета).

2. Приобретение навыков определения уровня глюкозы в капиллярной крови при помощи глюкометра, проведения подкожной инъекции инсулина.

3. Мотивация пациентов на устранение факторов риска сахарного диабета и его осложнений.

4. Ознакомить пациентов с современными группами фармакологических препаратов, используемых при сахарном диабете.

5. Ведение дневника самоконтроля.

4. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму действий.

### ЗАДАЧА 23

В ФАП обратился пострадавший с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, резко усиливающуюся при движениях, кашле, дыхании. Передвигается медленно, придерживает рукой больное место. Час назад, поскользнувшись, упал, ударился грудью о край тротуара.

Объективно: состояние средней тяжести, пораженная половина грудной клетки отстает в дыхании, дыхание поверхностное, с частотой 22 в мин. Пульс 80 уд/мин. Пальпаторно – резкая локальная болезненность и крепитация в проекции III-го и IV-го ребер по задней подмышечной линии, там же припухлость, кровоподтек.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Составьте и аргументируйте алгоритм неотложной помощи
3. Перечислите права пациента.

### Эталон ответа к задаче № 23

1. Диагноз: Закрытый перелом 3-4 ребер справа.

Ставится на основании:

А) травмы в анамнезе

Б) жалоб на боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при движениях, кашле, дыхании

В) данных объективного исследования: дыхание частое, поверхностное, пораженная половина отстает в акте дыхания, пальпаторно локальная резкая болезненность и крепитация

Точный диагноз ставится в ЛПУ после выполнения рентгенографии.

2. Алгоритм неотложной помощи:

- придать полусидячее положение для ограничения дыхания
- ввести обезболивающий препарат (раствор анальгина, баралгина, тригана, спазгана, максигана) для профилактики болевого шока
- вызвать скорую помощь через третье лицо для транспортировки в ЛПУ
- обеспечить транспортную иммобилизацию наложением черепицеобразной повязки для уменьшения боли, обеспечения покоя поврежденному участку для

предупреждения повреждения реберным отломком мягких тканей, межреберных сосудов и легочной ткани

- применить местно холод для уменьшения боли и кровоизлияния
- обеспечить транспортировку в ЛПУ в полусидячем положении

Все манипуляции выполняются в перчатках.

### 3. Права пациента:

1. Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
  1. Выбор врача;
  2. Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
  3. Проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
  4. Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
  5. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
  6. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
  7. Отказ от медицинского вмешательства;
  8. Получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья;
  9. Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
  10. Возмещение ущерба;
  11. Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
  13. Допуск к нему священнослужителя для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.
4. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом.

## ЗАДАЧА 24

В медицинский кабинет детского сада обратились с ребенком 5 лет. Сегодня мама обнаружила на всем теле ребенка высыпания при нормальной температуре. В группе переболели почти все дети, карантин не объявляли.

Объективно: состояние девочки удовлетворительное, играет. На коже лица, туловища и конечностей папулезная сыпь розового цвета, не сливается на нормальном фоне кожи. Зев гиперемирован. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров 1-1,5см, эластичные, безболезненные. Сердце и легкие без особенностей, живот мягкий, стул и мочеиспускание в норме.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза
3. Принципы лечения
4. Специфическая профилактика заболевания в соответствии с Национальным и Региональным календарем прививок.

## Эталон ответа к задаче № 24

### 1. Диагноз: Краснуха.

Диагноз ставится на основании анамнеза, жалоб и эпидемической обстановки: на всем теле ребенка мелкопузырчатые высыпания при нормальной температуре, в детском саду переболели все дети, карантин не объявляли.

Данных объективного обследования: состояние девочки удовлетворительное. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров 1-1,5см, эластичные, безболезненные. Зев гиперемирован. На коже лица, туловища и на конечностях папулезная сыпь розового цвета на нормальном фоне кожи.

2. Диагноз краснухи подтверждается серологическим исследованием (обнаружением специфических, вирусных антител), выявлением увеличенных заднешейных лимфоузлов. В крови характерны лейкопения, лимфоцитоз, появление плазматических клеток.

3. Специфического лечения при краснухе нет. При необходимости назначают симптоматическое лечение. В случае развития тяжелых неврологических осложнений показана госпитализация. Больных краснухой изолируют от коллектива на 5 дней. Разобщение контактных не проводится.

4. Специфическая профилактика в соответствии с Национальным календарем прививок и Региональным календарем дополнительная иммунизация против краснухи – дети от 5 до 17 лет, девушки от 18 до 25 лет, не болевшие ранее и ранее не привитые.

## ЗАДАЧА 25

При проведении патронажа новорожденного ребенка 12-ти дневного возраста, фельдшер ФАПа обратил внимание, что у ребенка плохо открываются глаза, веки гиперемированы и несколько отечны, на ресницах засохшие желтоватые корочки. Со слов мамы, у ребенка 2 дня назад немного покраснели глазки, и она стала закапывать грудное молоко. При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, температура тела 36,6<sup>0</sup> С, сосет активно, спит спокойно, из обоих глаз небольшое отделяемое.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Принципы лечения.
4. Принципы организации профилактической работы фельдшера в амбулаторно-поликлинических условиях.

## Эталон ответа к задаче № 25

1. Диагноз: Гнойный конъюнктивит.

2. Ребенка лечить на дому под ежедневным наблюдением фельдшера ФАПа, в ЦГСЭН подать экстренное извещение, о ребенке сообщить педиатру в ЦРБ, взять масок отделяемого из глаза на бак.исследование.

3. Лечение заключается в промывании глаз раствором фурациллина (1:5000) или свежесваренным чаем с последующим закапыванием в каждый глаз по 1 капле 30% раствора альбуцида 3-4 раза в день. Если через 3-4 дня эффекта от лечения не будет, ребенок должен быть госпитализирован в ЦРБ.

## ЗАДАЧА 26

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

Объективно: температура 36,0° С, состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Язык обложен белым налетом. При пальпации: живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения и профилактика.
5. Перечислите и охарактеризуйте группы здоровья, выявленные при дополнительной диспансеризации.

### Эталон ответа к задаче № 26

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

Диагноз поставлен на основании:

- 1) Жалоб и данных анамнеза:

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

- 2) Объективных данных:

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

2. Тактика фельдшера: пациентка нуждается в амбулаторном лечении.

3. Дополнительные методы исследования:

- фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность;
- эндоскопическое исследование: гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии;
- рентгенологическое исследование: повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика. Набухание складок слизистой оболочки.

4. Принципы лечения:

- диета № 1, механически, химически и термически щадящая, т.е. измельченная, без пряностей и острых приправ, в теплом виде. Не рекомендуется черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты;
- антациды: фосфалюгель, ренни, гастал, гастрин-гель;
- H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы: ранитидин, квамател;
- холинолитики: гастроцепин, платифилин;
- при выявлении геликобактера при эндоскопическом исследовании провести эрадикационную терапию: пиллоцид + метронидазол + амоксицилин.

Профилактика:

Первичная:

- разнообразное питание;
- исключение сухоедения;
- тщательное пережевывание пищи;
- соблюдение режима питания (прием пищи 3-4 раза в день, в определенное время);
- запрещение курения, злоупотребления алкоголем;
- при отсутствии зубов – протезирование;
- санация очагов хронической инфекции.

Вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;
- соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии;
- санаторно-курортное лечение: Ессентуки, Железноводск, Минеральные воды.

**5. Группы здоровья, выявленные при дополнительной диспансеризации:**

I – практически здоров;

II – с высоким риском развития заболевания, нуждается в профилактических мероприятиях;

III – нуждается в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях;

IV – нуждается в дообследовании и лечении в стационарных условиях;

V – нуждается в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

**6. Своевременно и правильно выполнять назначения врача.**

**7. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму.**

### ЗАДАЧА 27

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

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

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера ОВП.
3. Назовите дополнительные амбулаторно-поликлинические обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

4. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
5. Принципы лечения в условиях ОВП.
6. По какой категории льгот проходит дополнительное лекарственное обеспечение?

### Эталон ответа к задаче № 27

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

Обоснование диагноза

Диагноз поставлен на основании:

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

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

3. Дополнительные методы исследования:

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

4. Возможные осложнения: цирроз печени, печеночная недостаточность.

5. Принципы лечения:

- режим палатный;
- избегать длительного голодания;
- инфузии кристаллоидов, 5% глюкозы, альбумина;
- лактулоза 20-30 г 3 раза в день;
- энтеродез, полифепам и др. энтеросорбенты;
- введение бактериальных препаратов (ацелакт, линнекс, лактобактерин, колибактерин, бификол и др.);

- лейкоцитарный интерферон 3-5 млн ЕД 3 раза в неделю в/м, п/к на протяжении 6 мес;
- преднизолон 15-20 мг/сут однократно утром после еды в течение 1-2 мес, затем дозу снизить до поддерживающей 7,5-10 мг/сут, утром;
- азатиоприн 100 мг/сутки, затем снизить до поддерживающей 50 мг/сут;
- урсосан (хеносан, урсофалк) длительно 10 мг/кг/сут, т.е. по 250 мг 3 раза в сутки;
- гептрал 5-10 мл (400-800) в/в или в/м.

#### Профилактика

##### Первичная:

- рациональное питание с достаточным количеством белков и витаминов;
- устранение злоупотребления алкоголем;
- соблюдение техники безопасности на производстве при профессиональном контакте с гепатотоксическими веществами (соли тяжелых металлов);
- соблюдение личной гигиены для предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом;
- строгое соблюдение требований по обработке инструментов медицинского назначения: соблюдение мер личной безопасности при профессиональном контакте с биологическими жидкостями для предупреждения заболеваниями острым вирусным гепатитом В;
- вакцинация против вирусного гепатита В;
- своевременное и эффективное лечение острых гепатитов, холецистохолангитов;
- диспансерное наблюдение за больными с хроническим гепатитом.
- Дополнительное лекарственное обеспечение проходит по категории «инвалиды».

### ЗАДАЧА 28

Вы – фельдшер ФАПа, пришли на вызов к мальчику 3-х лет. Со слов мамы, ребенок болен 3-ий день. Сначала был насморк, кашель, а сегодня повысилась температура тела до 38,2<sup>0</sup>С, стал плохо кушать, кашель усилился и носит характер сухого, болезненного.

При осмотре: в зеве – умеренная гиперемия, налетов нет. В легких на фоне жесткого дыхания спереди и в задне-нижних отделах выслушиваются сухие свистящие хрипы. Частота дыхания – 22 раза в 1 минуту. Пульс 110 уд/мин.

#### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Тактика фельдшера
3. Принципы лечения в амбулаторно-поликлинических условиях
4. Деятельность фельдшера по первичной профилактике заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях

#### Эталон ответа к задаче № 28

**1.** Учитывая, что заболевание развивалось на фоне острой респираторной вирусной инфекции, характерные клинические симптомы (повышение температуры, кашель, аускультативная симптоматика при отсутствии дыхательной недостаточности), можно поставить диагноз: острый бронхит.

2. Лечить дома. Сообщить врачу педиатру ЦРБ, согласовать лечение. Наблюдение ежедневное. При отсутствии положительной динамики в течение 2-3 дней – госпитализация.

3. Постельный или полупостельный режим: обильное, теплое щелочное питье; при температуре выше 38<sup>0</sup>С – жаропонижающие средства, например, микстура парацетамола (1 измельченный колпачок); муколитические и отхаркивающие средства, например, стоптуссин 14 капель 3 раза в день с водой или чаем или бромгексин по ½ таблетки 3 раза в день; ингаляции с отварами отхаркивающих и муколитических трав; горчичники на грудную клетку.

4. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 29

К фельдшеру в здравпункт обратился пациент 35 лет с жалобами на интенсивные боли в эпигастрии справа, возникают через 3-4 часа после приема пищи, отмечает появление ночных и «голодных» болей, которые проходят после приема пищи, особенно молока. Беспокоит также упорная изжога, отрыжка кислым, часто рвота кислым содержимым, приносящая облегчение. Появились запоры, нарушился сон. Пациент стал отмечать повышенную раздражительность, быструю утомляемость, часто пониженное настроение. Считает себя больным около 2-х лет. Впервые такое состояние появилось 2 года назад после того, как сменил место работы. Лечился самостоятельно: принимал альмагель, сок алоэ, каланхоэ, отвар лопуха. Обострения бывают весной и осенью. В это время старается регулярно питаться, принимает неострую пищу. Сейчас работает шофером-дальнобойщиком. Питается в пути нерегулярно. Любит острое, жареное, кислое. Алкоголем не злоупотребляет, курит.

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

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения и профилактика в амбулаторно-поликлинических условиях.

### Эталон ответа к задаче № 29

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

Обоснование диагноза:

- Жалобы: интенсивные боли в эпигастрии справа, возникающие через 3-4 часа после приема пищи, ночные и «голодные» боли, проходящие после приема пищи, упорная изжога, отрыжка и рвота кислым, приносящая облегчение. Запоры, нарушение сна, раздражительность, быстрая утомляемость, пониженное настроение.

- Анамнез: давность заболевания 2 года, эффект от обволакивающей и противовоспалительной терапии, биогенных стимуляторов, сезонность течения заболевания. Связь заболевания с нарушениями диеты и режима питания, курение, характер работы, связанный с нарушением сна и отдыха, режимов приема пищи, психоэмоциональными перегрузками.

- Данные объективного обследования: язык чистый, живот болезненный при пальпации в эпигастрии справа, положительный симптом Менделя.

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

3. Дополнительные методы обследования:

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

4. Принципы лечения:

- диета № 1;
- антисекреторные препараты:
  - + H<sub>2</sub>-блокаторы гистаминовых рецепторов: фамотидин, или ранитидин, или омепразол;
  - + М-холинолитики: гастрोцепин, либо атропин;
  - + даларгин;
- антациды: альмагель, или актал, или гастал, или маалокс;
- средства терапии язвенной болезни, ассоциированной с геликобактером:
  - + омепразол (омез, лосек) 20-80 мг в сутки в 1-2 приема;
  - + кларитромицин (клацид) 250 мг 2 раза в день – 7 дней;
  - + метранидазол (клион) 500 мг 2 раза в день с едой – 7 дней;
- препараты, нормализующие моторику: церукал, мотилиум;
- седативные средства.

Профилактика в амбулаторно-поликлинических условиях:

Первичная:

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

Вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью;
  - строгое соблюдение диетических рекомендаций;
    - санаторно-курортное лечение через 2-3 мес. после купирования обострения:
- Ессентуки, Железноводск, санатории местной зоны, санатории-профилактории

### ЗАДАЧА 30

В составе фельдшерской бригады станции скорой медицинской помощи по вызову Вы приехали к больному на дом.

Больной жалуется на сильные боли в области правой половины мошонки. Боли отдают в пах и половой член. Заболевание связывает с простудой на рыбалке накануне.

Объективно: температура тела 38,2<sup>0</sup>С. При осмотре правая половина мошонки значительно увеличена, пальпация яичка и придатка резко болезненна, размеры их увеличены, покраснение и отечность кожи мошонки.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Алгоритм оказания неотложной помощи
3. Охарактеризуйте группы здоровья населения, выявленные при дополнительной диспансеризации:

### Эталон ответа к задаче № 30

1. Диагноз: Острый правосторонний орхоэпидидимит.

Предположительный диагноз подтверждается данными анамнеза (простудный фактор, острое начало заболевания, характерная локализация и иррадиация болей).

При объективном исследовании: повышена температура тела до 38,2<sup>0</sup>С, увеличение размеров мошонки, резкая болезненность при пальпации правого яичка и придатка, отечность и покраснение кожи мошонки.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- введение растворов анальгина 50% 2 мл и димедрола 1% 2 мл в/м как жаропонижающего, обезболивающего и десенсибилизирующего средства
- наложение повязки суспензорий
- транспортировка больного в отделение неотложной хирургии (урологии) для стационарного лечения, так как запоздалое лечение может стать причиной тяжелых гнойных осложнений (например, абсцесса яичка с придатком).

3. Группы здоровья населения, выявленные при дополнительной диспансеризации:

I – практически здоров;

II – с высоким риском развития заболевания, нуждается в профилактических мероприятиях;

III – нуждается в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях;

IV – нуждается в дообследовании и лечении в стационарных условиях;

V – нуждается в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

4. Своевременно и правильно выполнять назначения врача.

### ЗАДАЧА 31

Пациентка М. 38 лет обратилась к фельдшеру на ФАП с жалобами на слабость, потливость, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, боль в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку, повышение температуры до 38,2<sup>0</sup> С. Заболела неделю назад.

Объективно: температура 38,2<sup>0</sup> С, состояние средней тяжести, вынужденное положение – сидя. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. При осмотре грудной клетки: выбухание и отставание правой половины при дыхании, голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии: справа по среднеподмышечной линии до VI ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. При аускультации: дыхание в этой области резко ослабленное, ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования амбулаторно-поликлинического этапа, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения.
5. Деятельность фельдшера по профилактике заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях.
- 6.

### Эталон ответа к задаче № 31

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

Диагноз поставлен на основании:

1) Жалоб и данных анамнеза:

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

2) Объективных данных:

- при осмотре: отставание при дыхании и выбухание пораженной половины грудной клетки, вынужденное положение пациента сидя;
- при перкуссии: тупой звук над областью поражения, смещение левой границы относительной сердечной тупости;
- при пальпации: ослабление голосового дрожания, ЧДД 26 в мин.;
- при аускультации: дыхание над пораженной областью резко ослаблено.

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

**3.** Дополнительные методы исследования в стационаре:

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

**4.** Принципы лечения в стационаре:

- постельный режим (высокое изголовье);
- диета № 15;
- плевральная пункция: диагностическая – для уточнения этиологии заболевания, лечебная – для эвакуации жидкости и облегчения дыхания и сердечной деятельности;
- лечение основного заболевания: при пневмонии – антибактериальные препараты, при туберкулезе – туберкулостатики, при раке легкого – цистостатики, при заболеваниях соединительной ткани – противовоспалительные препараты, анальгетики;
- дыхательная гимнастика;
- массаж грудной клетки.

Профилактика:

- раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, которые могут привести к возникновению плеврита;
- наблюдение за пациентами, перенесшими плеврит.

### ЗАДАЧА 32

В результате автомобильной аварии, женщина получила тяжелую травму головы. Обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: сонлива, на вопросы отвечает невпопад, бледна, пульс 62 уд/мин., в теменной области рана размером 8 х 2 см, умеренно кровоточит, носогубная складка сглажена слева, язык слегка отклоняется влево, правый зрачок шире левого.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе
3. Особенности транспортировки
4. Тактика фельдшера.
5. Принципы реабилитации в условиях ОВП.
6. Дополнительные методы обследования.

### Эталон ответа к задаче № 32

1. Диагноз: Открытая рана головы. Сотрясение головного мозга.
2. На основании осмотра: в теменной области рана размером 8х2 см, бледность кожных покровов, пульс 62 уд/мин., сглаженность носогубной складки слева, отклонения языка влево, расширенный зрачок справа.
3. Наложить асептическую повязку. Уложить больную на носилки, холод на голову, голову уложить в шину-подушку, голову на бок.
4. Прификсировать больную к носилкам, придерживать голову во время транспортировки.
5. Госпитализировать больную в травматологическое отделение (нейрохирургия).
6. Рентгенография костей черепа в 2-х проекциях, люмбальная пункция.

### ЗАДАЧА 33

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 38,0<sup>0</sup>С, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Тактика фельдшера
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском комбинате.
4. Специфическая профилактика данного заболевания в соответствии Национальным календарем прививок.

### Эталон ответа к задаче № 33

**1. Диагноз: Эпидемический паротит.**

На основании эпид. анамнеза и типичной клиники - припухлость и болезненность в области слюнных желез и жалоб.

**2.** 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.

**3.** 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.

**4.** Проведение вакцинации живой ослабленной паротитной вакциной в возрасте 12-15 мес. и ревакцинации в 6 лет 0,5мл подкожно.

**5.** Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 34

Идущий впереди Вас человек, вскрикнул, упал, судорожные подергивания конечностей к моменту Вашего приближения прекратились.

При осмотре: виден зажатый в руке, свисающий с электростолба оголенный провод.

Задания:

1. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
2. Проведение первичной реанимации при клинической смерти.
3. Перечислите виды ответственности медицинского работника.

### Эталон ответа к задаче № 34

**1.** Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе:

- Немедленно прекратить действие электрического тока, это достигается выключением тока, отведением электрических проводов от пострадавшего (сухой веревкой, палкой), заземлением.
- Прикосновение к пострадавшему незащищенными руками при неотключенных проводах ОПАСНО!!!
- Отделив пострадавшего от проводов - осмотреть его.
- Местные повреждения следует обработать и закрыть повязкой (как при ожогах).
- Можно, в качестве первой помощи, дать болеутоляющие (анальгетики). успокаивающие, сердечные.
- Даже при легких электротравмах обязательно госпитализируют лежа, тепло укрыть (следить во время транспортировки, возможна остановка дыхания и сердечной деятельности).
- При тяжелых электротравмах - искусственное дыхание "рот в рот" 16-20 в минуту, кордиамин 2-4 мл в/в или в/а, эфедрин, коразол 1-3 мл, кофеин 1-2 мл п/к. При остановке сердца - наружный массаж сердца (5-6 надавливаний и 1 выдох).

Зарывать в землю пораженных электрическим током и молнией ЗАПРЕЩЕНО! (объяснить почему).

2. Уложить пострадавшего на твердую поверхность  
Проверить проходимость дыхательных путей у пострадавшего.  
Освободить ротовую полость от слизи и инородных тел  
Провести два вдоха через рот, зажимая нос пострадавшему  
Провести 30 компрессий грудной клетки  
Все время реанимации проводить мониторинг жизненно важных функций организма  
Придать пострадавшему устойчивое боковое положение.

3. В случае недобросовестного выполнения медицинским или фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей, повлекших причинение вреда здоровью граждан или их смерть, возмещается ущерб. Это не освобождает от дисциплинарной, административной или уголовной ответственности, к которой может быть привлечен медицинский работник, в соответствии с законом РФ, законодательством субъектов РФ

4. Проведение первичной реанимации при клинической смерти согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 35

Алеша 5 лет. Жалобы: появление сыпи на коже туловища и конечности, периодически повторяющиеся боли в животе. Сыпь появилась 3 дня тому назад, но родители не придали ей должного значения, к врачу не обращались, мальчик продолжал посещать школу и спортивную секцию. Со вчерашнего дня мама заметила, что сыпь стала значительно обильнее, ночь спал беспокойно, просыпался из-за болей в животе. Две недели назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно.

Объективно: состояние средней тяжести, выражены боли в животе, температура субфебрильная, обращает на себя внимание: сыпь на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибальной поверхности, в области ягодиц, на ушных раковинах. Сыпь рельефно выступает над поверхностью кожи, не исчезает при надавливании, симметрично расположена, имеются участки сливного характера сыпи с некрозом в центре, на стопах. Слизистые полости рта чистые. Суставы не деформированы, активные и пассивные движения в полном объеме. В легких и сердце без патологии, пульс 98 в мин. АД 110/70, живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, разлитая болезненность, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. Стул был утром черного цвета, оформленный, мочится регулярно.

Анализ крови: Эр- $4,2 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты  $-245 \times 10^9/л$ , Нв-134 г/л, лейкоциты  $-10,8 \times 10^9/л$ , П-8%, С-60%, Э-4%, Л-22%, М-6%, СОЭ-32 мм/час, длительность кровотечения по Дюке 3 мин, анализ мочи без патологии.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный 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, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.
5. Деятельность фельдшера по профилактике заболевания.

### Эталон ответа к задаче № 35

1. Диагноз: Геморрагический васкулит, кожно-абдоминальная форма. Заключение основано на:

- данных анамнеза заболевания: появление сыпи на коже туловища и конечностей, периодически повторяющиеся боли в животе. Провоцирующим фактором послужили ОРВИ, перенесенная 2 недели тому назад;

- данных объективного исследования: субфебрильная температура, выраженные боли в животе, сыпь на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, в области ягодиц, на ушных раковинах, симметрично расположенная, не исчезающая при надавливании, имеются сливные участки с некрозом в центре. При пальпации живота отмечается разлитая болезненность, стул черного цвета. Данных лабораторного исследования (лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия, повышенная СОЭ).

2. Дополнительные симптомы: у детей может отмечаться резкая болезненность и припухлость суставов, повышение температуры тела, кровоизлияния на слизистой оболочке твердого и мягкого неба, возможны глубокие внутримышечные и полостные кровоизлияния, кишечные кровотечения и инвагинация кишок. Возможно поражение почек в виде длительно протекающего нефрита.

3. Ребенка необходимо госпитализировать, транспортировка в положении лежа, доврачебная помощь: введение дезагрегантов (курантил, трентал).

4. Диагностическая программа:

- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (диспротеинемия, положительная реакция на СРБ);
- анализ мочи;
- анализ кала на скрытую кровь;
- коагулограмма;
- иммунограмма;
- определение в плазме содержания ЦИК;
- определение показателей адгезии и агрегации тромбоцитов.

Лечебная программа:

- диета с исключением облигатных аллергенов и новых продуктов;
- постельный режим (весь активный период);
- дезагреганты (курантил, трентал);
- антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, пипольфен);
- витамины С и Р;
- при необходимости антибиотики;
- в тяжелых случаях глюкокортикоиды и плазмоферез.

С учета снимать через три года в стадии ремиссии.

### ЗАДАЧА 36

У больного с тяжелой травмой грудной клетки была наложена трахеостома. Вечером дыхание внезапно нарушилось, появилась одышка, не может свободно вдохнуть. Цианоз, холодный пот, двигательное беспокойство.

Задания:

1. Что случилось?
2. Тактика фельдшера (какую помощь необходимо оказать больному).
3. Этапы оказания медицинской помощи. На каком этапе заполняется лист ожидания?

### Эталон ответа к задаче № 36

1. Произошла закупорка трахеостомической трубки.
2. Извлечь внутреннюю трубку, промыть и снова поставить.
3. Если дыхание не восстановилось, прочистить трубку электроотсосом с помощью катетера.
4. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 37

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/мин. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Дополнительные симптомы, необходимые для уточнения диагноза
3. Алгоритм оказания неотложной помощи
4. Диагностическая и лечебная программа в стационаре, реабилитационная программа на амбулаторно-поликлиническом этапе.

#### Эталон ответа к задаче № 37

**1.** Диагноз: Желудочное кровотечение, геморрагический шок I ст.

О таком диагнозе можно подумать прежде всего исходя из анамнеза:

- больной страдает язвенной болезнью желудка, без особых причин почувствовал слабость, головокружение, стало поташнивать, практически исчезли боли в области желудка (нейтрализация кислого желудочного содержимого) и, что весьма важно, был черный как деготь стул. Данные осмотра тоже склоняют к такому мнению: больной бледен, пульс 96 уд/мин., снижено АД до 100/60 мм рт.ст. тогда как обычно давление больного 140/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий и незначительно болезненный в эпигастрии.

**2.** Больному следует провести пальцевое исследование прямой кишки. На пальце будет обнаружен черный как деготь кал – мелена (характерна для желудочного кровотечения).

**3.** Алгоритм неотложной помощи:

- строгий постельный режим
- успокоить больного
- приложить холод к животу, начать введение гемостатиков
- транспортировать в положении лежа на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой медицинской помощи
- если возможно, то начать введение в вену, например, полиглюкина с целью увеличения ОЦК, нормализации гемодинамики

**4.** В условиях клиники проводят:

- ФГДС, если в содержимом желудка кровь, она удаляется, желудок промывается прохладным физиологическим раствором, может быть обнаружен источник кровотечения;
- анализ крови важен для оценки состояния и для сравнения с последующими показателями.

Если нет угрожающего кровотечения, то показано консервативное лечение: строгий постельный режим, в/в введение плазмы, полиглобина, реополиглобина и других кровезаменителей. Введение эпислон-аминокапроновой кислоты, раствора дицинона, хлористого кальция, фибриногена. На область желудка периодически накладывают холод. Через рот ничего не дают;

- проводится регулярный лабораторный контроль состава крови (Hb, эритроциты, гематокрит), наблюдение за состоянием, повторная ФГДС. Иногда для остановки кровотечения применяют локальную гипотермию и диатермолазерную коагуляцию;
- при стабилизации состояния и тем более улучшении продолжается консервативная терапия с коррекцией вводимых средств и расширением диеты.

В случае продолжения кровотечения, угрожающего жизни больного, показано оперативное вмешательство. Эта операция на высоте кровотечения - мера вынужденная.

### ЗАДАЧА 38

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет. Жалобы на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

Анамнез: менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, язык обложен белым налетом. Пульс 90 уд/мин. АД 100/70 мм рт.ст. Молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены.

Задания:

1. Выявите проблемы женщины
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
3. Оцените состояние женщины
4. Тактика фельдшера
5. Родовой сертификат, правила его заполнения.

### Эталон ответа к задаче № 38

1. Приоритетные проблемы: потеря аппетита, рвота, задержка менструации, беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы: снижение массы тела, ухудшение состояния, обезвоживание организма, нарушение внутриутробного развития плода.

2. Диагноз: беременность 12 недель. Токсикоз первой половины беременности, первого триметра, умеренная рвота.

Беременность подтверждается тем, что у женщины имеется задержка менструации в течение 12 недель, молочные железы напряжены, слизистые влагалища и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена – все эти признаки относятся к вероятным признакам беременности. Потеря аппетита и неоднократная рвота подтверждает ранний гестоз.

3. Состояние женщины средней тяжести.

4. Тактика фельдшера заключается в следующем:

- взятие на диспансерный учет по беременности

- госпитализировать беременную женщину в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения раннего гестоза.

5. Родовой сертификат, правила его заполнения.

Родовые сертификаты выдаются женщинам – гражданам РФ, а также иностранным гражданам, проживающим в зонах основания (имеющим вид на жительство или разрешение на временное проживание). При предъявлении ими паспорта, страхового полиса ОМС и страхового свидетельства пенсионного страхования. Не выдается сертификат только в случае отсутствия паспорта или документа, удостоверяющего личность. При отсутствии полиса ОМС или страхового свидетельства государственного пенсионного страхования либо документа, подтверждающего регистрацию по месту жительства (пребывания), в соответствующих графах родового сертификата делается отметка о причине отсутствия документа.

Родовой сертификат выдается в срок 30 недель беременности и выше (при многоплодной беременности – 28 недель) при условии постановки женщины на учет по беременности и последующего непрерывного наблюдения и ведения женщины данной женской консультацией не менее 12 недель.

6. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

### ЗАДАЧА 39

К фельдшеру ФАПа обратилась мать 6-летнего ребенка. Она рассказала, что у девочки последние два месяца отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, питание несколько снижено. Со стороны внутренних органов без патологии.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
3. Назовите основные принципы лечения этого ребенка.
4. Деятельность фельдшера по профилактике заболевания в условиях ФАПа.
5. Какими амбулаторно-поликлиническими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?

### Эталон ответа к задаче № 39

1. Диагноз: Глистная инвазия - энтеробиоз.
2. Острицы - класс нематод. Самка 9-12 мм и самец 3-5 мм, живут в нижнем отделе тонкого и в толстом кишечнике. Самка после оплодотворения откладывает яйца на перианальных складках, что сопровождается зудом, созревание яиц происходит на воздухе в течение 6-8 часов. Заражение происходит контактно-бытовым путем, возможно повторное самозаражение (ребенок берет руки в рот).
3. Гигиенический уход: ежедневно менять нательное и постельное белье с последующим кипячением и проглаживанием горячим утюгом; подмывать утром и вечером; мыть руки перед едой, после посещения туалета; коротко стричь ногти; в комнате проводить влажную уборку ежедневно, проветривать.
4. Лечить противопаразитарными препаратами - пирантел, вермокс, декарис пиперазина-адипинат.
5. Анализ кала на яйца глист, соскоб на яйца остриц с перианальных складок.
6. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

#### ЗАДАЧА 40

На здравпункт к фельдшеру обратилась работница завода 42 лет с жалобами на боль в левой половине грудной клетки при дыхании, усиливающуюся при кашле, наклоне туловища вправо. Боль появилась 3 дня назад. Причину указать пациентка не может.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup> С, кожные покровы влажные, обычной окраски, чистые. Грудная клетка правильной формы. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. При аускультации справа дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования амбулаторно-поликлинического этапа, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения.
5. Охарактеризуйте группы здоровья населения при дополнительной диспансеризации.
6. Показания и противопоказания к проведению плевральной пункции, роль фельдшера.

#### Эталон ответа к задаче № 40

1. Диагноз: Фибринозный плеврит, левосторонний.

Диагноз поставлен на основании:

- 1) Жалоб:
  7. боль в левой половине грудной клетки при дыхании, кашле, наклонах туловища вправо.
- 2) Объективных данных:
  8. субфебрильная лихорадка, отставание левой половины грудной клетки при дыхании;
  9. при аускультации слева шум трения плевры.

2. Тактика фельдшера: пациентка является временно нетрудоспособной. Необходимо направить на консультацию фтизиатра для исключения туберкулезной этиологии плеврита.

3. Дополнительные методы исследования в стационаре:

- 1.рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях;
- 2.общий анализ крови;
- 3.проведение пробы Манту.

4. Принципы лечения:

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

- 3.Группы здоровья населения:

I – практически здоров;

II – с высоким риском развития заболевания, нуждается в профилактических мероприятиях;

III – нуждается в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях;

IV – нуждается в дообследовании и лечении в стационарных условиях;

V – нуждается в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

#### ЗАДАЧА 41

В фельдшерский пункт обратился больной 54 лет, который, поскользнувшись, упал на вытянутую руку и ударился правым плечом об асфальт. Жалобы на боли в правой надключичной области, движения в правом плечевом суставе резко болезненны.

Объективно: правое надплечье несколько опущено, в средней трети ключицы определяется деформация, кровоизлияние, при осторожной пальпации определяется патологическая подвижность в проекции деформации. Затруднено и болезненно отведение руки, движения в плечевом суставе ограничены, больной поддерживает руку и приподнимает ее за предплечье, прижимая локоть к груди. Верхняя конечность ротирована кнутри.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
3. Перечислите права пациента.

#### Эталон ответа к задаче № 41

##### 1. Диагноз: Закрытый перелом правой ключицы

Заключение основано на данных анамнеза (наличие травмы и ее обстоятельства, характерные боли в правой надключичной области и плечевом суставе), объективного исследования (правое плечо опущено, в средней трети ключицы имеются деформация и кровоизлияние, патологическая подвижность, неестественное положение конечности)

##### 2. Алгоритм неотложной помощи:

- введение анальгетика (50% раствор анальгина 2 мл в/м) или новокаиновая блокада места перелома (1-2% раствором новокаина 10-20 мл)
- фиксация верхней конечности кольцами Дельбе либо повязкой Дезо, либо 8-образной повязкой
- подвешивание предплечья на косынке.

##### 3. Права пациента:

1. Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
2. Выбор врача;
3. Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
4. Проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
5. Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
6. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
8. Отказ от медицинского вмешательства;
9. Получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья;
10. Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
11. Возмещение ущерба;
12. Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
13. Допуск к нему священнослужителя для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

##### 4. Техника выполнения манипуляции в соответствии с алгоритмом.

## ЗАДАЧА 42

Пациент К. 28 лет обратился к фельдшеру на ФАП с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общая слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Болен 5 лет, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. У больного имеется аллергия на клубнику и пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение межреберий. Дыхание громкое, на расстоянии слышны гудящие и жужжащие хрипы. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне VIII ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинненным выдохом выслушивается множество сухих гудящих и свистящих хрипов. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 98 в мин. ЧСС 98 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения в амбулаторных условиях.
5. Принципы профилактики заболевания в амбулаторных условиях

### Эталон ответа к задаче № 42

**1. Диагноз:** Атопическая бронхиальная астма средней степени тяжести. Приступ удушья средней степени тяжести. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II степени.

Диагноз поставлен на основании:

1) Данных анамнеза:

- ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;
- связь возникновения приступов с периодом цветения;
- связь начала заболевания с психоэмоциональным напряжением;
- наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты.

2) Объективных данных:

- при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, втяжение межреберий, набухание шейных вен, ЧДД 30 в мин.;
- при перкуссии легких: коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких;
- при аускультации: сухие свистящие и гудящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинненным выдохом.

**2. Тактика фельдшера**

Неотложная помощь:

- придать пациенту удобное положение;
- освободить от стесняющей одежды;
- вызвать бригаду скорой медицинской помощи;
- до ее прибытия:

- при наличии у пациента ингалятора (беротек или вентолин, или беротек-100 1-2 дозы, или беродуал (20 капель) через небулайзер) организовать прием препарата для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов;
- при отсутствии эффекта в/в медленное введение 10 мл 2,4% раствора эуфиллина, 60-90 мг преднизолона;
- постоянно контролировать состояние (пульс, АД, ЧДД);
- пациент нуждается в госпитализации в стационар – терапевтическое отделение

### 3. Дополнительные исследования в стационаре:

- общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов;
- биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов;
- микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана);
- исследование функции внешнего дыхания: спирография (снижение показателя Тиффно), пикфлоуметрия (низкая пиковая скорость выдоха);
- рентгенография органов грудной клетки.

### 4. Принципы лечения:

- Питание – индивидуальная гипоаллергическая диета;
- Медикаментозное лечение:
- Этиотропное:
  - устранение контакта с выявленным аллергеном;
  - иммунотерапия проводится аллергологом (специфическая гипосенсибилизация);
- Патогенетическое (ступенчатый подход): III ступень:
  - противовоспалительные препараты: ингаляционные стероиды (будесанид, или бекотид, или флунизол) со спейсером;
  - $\beta_2$ -агонисты пролонгированного действия: серевент, сальметерол;
  - ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты короткого действия по потребности (вольмакс, сальбутамол);
  - теофиллины пролонгированного действия (ретафил, теотард).

### 5. Профилактика заболевания в амбулаторных условиях:

- Первичная:
  - закаливание;
  - рациональное питание;
  - отказ от курения.
- Вторичная:
  - санация очагов инфекции;
  - специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация, поддерживающая медикаментозную терапию;
  - диспансеризацию проводит пульмонолог;
  - кратность осмотра 4 раза в год;
  - посещение астмашколы.

### ЗАДАЧА 43

Вызов “Скорой помощи” на дом к ребенку 5 лет. Внезапное начало заболевания: резкий подъем температуры до 40 градусов, заторможенность, 2-кратная рвота, сыпь в области голеностопных суставов.

Объективно: состояние крайне тяжелое, ребенок заторможен, не отвечает на вопросы, температура 39,9 градусов. Характерна поза ребенка: лежит на боку с запрокинутой головой, ноги поджаты к животу, живот втянут.

На коже нижних конечностей геморрагическая сыпь сливного характера АД-60/30 мм рт. ст. Пульс слабый - 120 ударов в минуту. Тоны сердца глухие.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие симптомы необходимо проверить у ребенка?
3. Тактика фельдшера “скорой помощи” при выявлении данной патологии
4. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.
5. Продемонстрируйте технику взятия мазка из зева.

#### Эталон ответа к задаче № 43

1. Диагноз: Менингококковая инфекция. Менингококкцемия.
2. Обоснование: выраженные симптомы интоксикации, резкий подъем температуры до высоких цифр, поза “легавой собаки”, геморрагическая сыпь с характерной локализацией.
3. Мененгиальные симптомы: “Кернига”, “Брудзинского” (верхний, нижний, средний), ригидность затылочных мышц.
4. Фельдшер “скорой помощи” обязан ввести антибиотики (Левомецетин), гормоны (преднизолон), мочегонные (лазикс), провести симптоматическую терапию (жаропонижающую, противосудорожную).
5. В ДДУ на группу наложить карантин на 10 дней. Отправить экстренное извещение в санэпиднадзор. Провести дезинфекцию. У всех контактных взять мазок из зева на менингококк.

#### ЗАДАЧА 44

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

Объективно: температура 36,0<sup>0</sup> С, состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются, ЧСС 70 в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
5. Организация школы здоровья для пациентов при данном заболевании

#### Эталон ответа к задаче № 44

1. Диагноз: ИБС: стенокардия впервые возникшая.

Диагноз поставлен на основании:

1) Жалоб:

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

2) Данных анамнеза:

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

3) Объективных данных:

- избыточная масса тела.

2. Тактика фельдшера: госпитализация пациента в кардиологическое отделение.

3. Дополнительные методы исследования в стационаре:

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

4. Возможные осложнения: инфаркт миокарда.

5. Принципы лечения в стационаре:

- режим палатный;  
- диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием;  
- медикаментозное лечение: нитраты пролонгированного действия (нитросорбид, изосорбид-5-мононитрат, кардикет). При отсутствии эффекта монотерапии нитраты комбинируют с  $\beta$ -адреноблокаторами (атенолол, анаприлин), антагонистами кальция (коринфар, кордипин);  
- пациент нуждается в обучении принципам самопомощи во время приступа, диетотерапии, а также в назначении медикаментозного лечения в межприступный период;  
- самопомощь во время приступа стенокардии:

- удобно сесть;
- расстегнуть стесняющий ворот, ослабить галстук и поясной ремень;
- принять нитроглицерин: 1 таблетку под язык или 2 капли на кусочек сахара, или 2 дозы аэрозоля нитроминт или аэросонит на слизистую щеки;
- при отсутствии эффекта через 2-3 минуты прием нитроглицерина повторить;
- при отсутствии эффекта вызвать бригаду скорой помощи.

Профилактика:

Первичная:

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

Вторичная:

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

Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

## ЗАДАЧА 45

Вы - фельдшер, на вызове у ребенка 3-х лет, посещающего детский комбинат. Заболел три дня назад, беспокоит сильный кашель, насморк, слезотечение, температура тела 38,0 - 38,3<sup>0</sup>С.

Эпидемиологический 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 и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Где следует лечить такого больного?
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском комбинате.
4. Перечислите виды ответственности медицинского работника.

### Эталон ответа к задаче № 45

**1.** Диагноз: Корь, катаральный период.

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

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

**3.** 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 гамма-глобулин в первые три дня контакта. Сан. просвет. работа с персоналом ДДУ и родителями.

**4.** В случае недобросовестного выполнения медицинским или фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей, повлекших причинение вреда здоровью граждан или их смерть, возмещается ущерб. Это не освобождает от дисциплинарной, административной или уголовной ответственности, к которой может быть привлечен медицинский работник, в соответствии с законом РФ, законодательством субъектов РФ

## ЗАДАЧА 46

Фельдшера ФАПа вызвали на дом к пациентке П. 50 лет, которая жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 4 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 37,2<sup>0</sup>С. Больная мечется, беспокойна. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки

бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 98 в мин. АД 130/80 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
5. Перечислите этапы медицинской помощи при данном заболевании и его осложнениях.

#### Эталон ответа к задаче № 46

**1. Диагноз:** ИБС: инфаркт миокарда, острый период.

Диагноз поставлен на основании:

1) Жалоб и данных анамнеза:

- боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, жжение за грудиной;
- продолжительность боли – 4 часа;
- отсутствие эффекта от приема нитроглицерина;
- связь заболевания с психоэмоциональным перенапряжением.

2) Объективных данных:

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

**2. Тактика фельдшера:** неотложная помощь:

- пациента уложить, успокоить;
- доступ свежего воздуха;
- дать под язык 1-2 таблетки нитроглицерина;
- дать 150-320 мг аспирина;
- купирование болевого синдрома: анальгетики или нейролептанальгезия: дроперидол;
- вызов бригады скорой медицинской помощи;
- пациент нуждается в срочной госпитализации в ЦРБ, транспортировка осуществляется на носилках в присутствии фельдшера.

**3. Дополнительные исследования в стационаре:**

- общий анализ крови (лейкоцитоз, увеличение СОЭ);
- биохимическое исследование крови (повышение глобулинов, фибриногена, ферментов КФК, АСТ, ЛДГ);
- электрокардиография: изменения комплекса QRS, сегмента ST и зубца T.

**4. Возможные осложнения:** кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.

**5. Принципы лечения в реанимационном отделении в палате интенсивной терапии (ПИТ):**

- строгий постельный режим. Индивидуальный пост;
- диета № 10;
- купирование боли:

- наркотические анальгетики (морфин, промедол, фентанил) в сочетании с ненаркотическими анальгетиками и транквилизаторами;
- нейролептанальгезия (фентанил, дроперидол);
- тромболитическая, антикоагулянтная и антиагрегантная терапия:
  - тромболитические средства: стрептокиназа, урокиназа, фибринолизин;
  - антикоагулянты прямого действия: гепарин или фраксипарин;
  - антиагреганты: аспирин, тиклид;
- ограничение зоны некроза и разгрузка миокарда:
  - нитраты: для в/в введения перлинганит, нитрополь, нитро, нирмин, нитрожект;
  - нитраты пролонгированного действия: изосорбид-5-мононитрат, нитросорбид, нитронг;
  - β-адреноблокаторы: обзидан, атенолол, метапролол;
- метаболические кардиопротекторы (препараты калия и магния, неотон);
- лечение осложнений;
- физическая и психологическая реабилитация;
- после стационарного лечения пациента переводят в санаторий кардиологического профиля для проведения реабилитации, затем он находится на диспансерном наблюдении в поликлинике.

Профилактика:

Первичная:

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

Вторичная:

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

**6** Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

## ЗАДАЧА 47

К фельдшеру обратились за помощью с годовалым ребенком. Болен третий день. Жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, температура тела 38,9<sup>0</sup>С, беспокойный, выражены катаральные явления, обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияние в склеры, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Кожные покровы чисты. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Стул в норме.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Перечислите методы диагностики заболевания
3. Расскажите о принципах лечения в условиях ОВП
4. Деятельность фельдшера по проведению профилактической работы при данном заболевании.

## Эталон ответа к задаче № 47

1. Диагноз: аденовирусная инфекция ставится на основании:

- анамнеза: жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость
- объективного осмотра: состояние средней тяжести, температура  $38,9^{\circ}\text{C}$ , выражены катаральные явления: обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияния в склере, в зеве развитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов

2. Серологическое исследование на вирусы парных сывороток крови проводится с интервалом в 7-14 дней. Посев слизи из носоглотки на вирусы 2-кратно. Иммунофлюоресцентный экспресс-метод обнаружения респираторных вирусов в цилиндрическом эпителии носовых ходов (ответ может быть получен через 3-4 дня после взятия слизи из носа. Постановке правильного диагноз помогает уточнение эпидемиологической ситуации.

3. Детей, больных ОРВИ, можно лечить в домашних условиях, но ребенка необходимо изолировать, с соблюдением постельного режима во время лихорадочного периода. Необходимо калорийное питание с ограничением жиров, мясных продуктов, с преобладанием кисломолочных и фруктово-овощных блюд. Необходимы обильное питье и симптоматическое лечение.

Назначают десенсибилизирующие препараты (димедрол, супрастин, тавегил), жаропонижающие (парацетамол, панадол), поливитамины, щелочные ингаляции, полоскание зева (отварами ромашки, шалфея, эвкалипта, календулы), горчичники. Слизистую носа смазывают оксолиновой мазью (0,25%).

При лечении конъюнктивита закапывают 6-8 раз в день противовирусные препараты – интерферон, 1-2 раза в день в нос закладывают 0,25% оксолиновую мазь.

Часто промывают конъюнктивальный мешок растворами фурациллина (1 : 5000), риванола (1 : 5000).

При тяжелых формах применяют плацентарный иммуноглобулин. При бактериальных осложнениях назначают антибиотики.

При обильных выделениях из носа отсасывают слизь при помощи резиновой груши. Нос очищают с помощью турунды, применяют сосудосуживающие капли (галазолин, санорин, нафтизин).

Специфическая профилактика: противогриппозные вакцины, но они малоэффективны.

4. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму.

## ЗАДАЧА 48

К фельдшеру в поликлинику районной больницы обратился пациент М., 46 лет, с жалобами на боли в мышцах, слабость, дрожание рук, снижение массы тела, боли в подложечной области и правом подреберье, вздутие живота, неустойчивый стул. В последнее время аппетит снижен, отмечает снижение либидо и потенции. Считает себя больным в течение полугода. Раньше работал шофером, затем слесарем в автомастерской. Сейчас инвалид II группы. Питание нерегулярное, часто выпивает, по 2-3 раза в неделю, иногда по несколько дней подряд. Алкоголь раньше употреблял умеренно, последние 4 года – часто.

При объективном исследовании: лицо одутловатое с набухшими веками. Кожа и слизистые субиктеричные. На коже сосудистые «звездочки», отмечается контрактура Дюпюитрена на обеих руках, тремор рук, век. Околоушные слюнные железы увеличены. Чувствительность кожи на дистальных отделах конечностей снижена. В легких

везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, учащены, ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс удовлетворительных свойств. На ногах варикозно расширенные вены. Слизистая ротовой полости субиктеричная, язык ярко-красный, лакированный. Отмечается дрожание языка. Имеются кариозные зубы. На передней стенке живота под кожей хорошо видна венозная сеть. Живот несколько увеличен в объеме. При пальпации живот болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Край печени неровный, плотный, болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 15(4)×12×10 см. Пальпируется нижний полюс селезенки, плотный, умеренно болезненный. Размеры селезенки по Курлову 12×7 см. При перкуссии живота в отлогих местах определяется притупление перкуторного звука. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Принципы лечения и профилактика.
5. По какой категории льгот проходит дополнительное лекарственное обеспечение?

#### Эталон ответа к задаче № 48

**1.** Диагноз: цирроз печени алкогольный, умеренной степени активности, портальная гипертензия II стадии, субкомпенсированный, медленно прогрессирующий.

Обоснование диагноза:

- Жалобы: явления миопатии (боли в мышцах, слабость), дрожание рук, снижение массы тела, снижение аппетита, боли в подложечной области, правом подреберье, вздутие живота, неустойчивый стул, снижение либидо и потенции.
- Анамнез: длительное злоупотребление алкоголем, нерегулярное питание, длительность имеющегося заболевания около полугода.
- Объективное исследование: субиктеричность кожи и слизистых, на коже сосудистые «звездочки», пальмарная эритема, увеличение околоушных слюнных желез, контрактура Дюпюитрена на обеих руках, тремор век, рук, языка. Одутловатость лица, набухшие веки. Снижение кожной чувствительности. Приглушенность сердечных тонов, тахикардия, варикозное расширение вен живота, увеличение живота в объеме, болезненность при пальпации в эпигастрии и правом подреберье, явления гепатоспленомегалии, край печени неровный, плотный, болезненный, явления асцита.

**2.** Тактика фельдшера: больной нуждается в госпитализации и в проведении лечения в условиях стационара.

**3.** Дополнительные методы обследования в стационаре:

- общий анализ крови, мочи, кала;
- исследование мочи на билирубин, уробилин;
- биохимический анализ крови: общий белок и белковые фракции, трансаминазы, щелочная фосфатаза,  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза, альдолаза, билирубин,  $\beta$ -ЛП, холестерин, протромбин, мочевины, глюкоза, тимоловая проба;
- исследование крови на HbsAg, HbeAg, антитела к HbsAg, HbeAg, HbcAg;
- пункционная биопсия печени;
- ультразвуковое сканирование печени и селезенки;
- радиоизотопное сканирование печени;
- ФГДС;
- рентгеноскопия желудка с контрастированием вен пищевода.

#### 4. Принципы лечения в стационаре:

- режим палатный;
- диета полноценная с достаточным количеством белка и витаминов, стол № 5 по Певзнеру;
- гептрал (АД-метионин) 5-10 сл/сут (400-800 мг) в течение 2-3 недель с последующим переходом на пероральный прием 400 мг 2-4 раза в сутки, или эссенциале 5-10 мл в/в на аутокрови или 5% р-ре глюкозы + капсулы по 2 капс 3 раза в день;
- урсодезоксихолевая кислота (урсосан, урсофалк) 10 мг/кг/сут однократно на ночь;
- липоевая кислота (липамид) 0,5% - 2 мл в/м 1 раз в день;
- аскорбиновая кислота 100 мг 3 раза в день после еды;
- комплексные витаминные препараты – селцин, триовит;
- ретаболил 5% 1 мл в/м 1 раз в неделю № 4;
- при гипопропротеинемии альбумин 10-20% 50 - 100 мл в/в;
- лактулоза 90-150 мг/сут на 3-4 приема;
- при необходимости обволакивающие средства (фосфалюгель, альмагель, маалокс и др.);
- колхицин (колхинум-дисперт) 1-3 мг/сут;
- верошпирон 50 мг 2-4 раза в день + фуросемид 40-80 мг на 1 прием;
- для уменьшения портальной гипертензии -  $\beta$ -блокаторы (обзидан, анаприлин 80-240 мг/сут, атенолол 50-200 мг/сут, пиндолол и др.);
- при кровотечении из варикозно расширенных вен – фамотидин (квamatел) 20 мг в/в кап., п/к соматостатин (сандостатин) 50 мг 2 р/сут., викасол 1% по 3 мл в/м, амбен 1% - 1,0 в/в, дицинон 12,5% в/в, компрессия вен пищевода с помощью зонда Блекмора;
- диуретики (верошпирон 100 мг/сут).

#### Профилактика:

- запретить употребление алкогольных напитков
- рациональное питание
- санаторно-курортное лечение возможно только при компенсированном неактивном циррозе печени, предпочтительны санатории местной зоны
- режим щадящий, исключающий физические и психоэмоциональные нагрузки
- избегать переохлаждения, перегревания, длительной инсоляции

#### ЗАДАЧА 49

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

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

#### Задания

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

#### Эталон ответа к задаче № 49

1. Мочекаменная болезнь, осложнившаяся почечной коликой.

## 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

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

## 3. Заполнение бланка на исследование мочи по Нечипоренко согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 50

Саша В., 8 мес., находится на грудном вскармливании, соки, яблочное пюре, прикорм не получает.

Вес ребенка в настоящее время 7100 гр., рост 68 см (вес при рождении 3100 гр, рост при рождении - 50 см).

Задания:

1. Соответствует ли вес и рост ребенка возрастным показателям?
2. О каком заболевании идет речь?
3. Перечислите симптомы данного заболевания.
4. Какие формы и средства профилактической работы нужно использовать при работе с мамой?
5. Дайте советы маме по вскармливанию ребенка первого года жизни.

### Эталон ответа к задаче № 50

1. Рост и вес не соответствует возрастной норме. Долженствующий вес 8700, долженствующий рост 70,5 см.

2. Гипотрофия 1 степени.  $8700 - 100\%$   
 $7100 - X$

$$X = 81,6 \times 100\% - 81,6\% - 18,4\%.$$

3. Снижение п/жирового слоя на туловище, складка кожи с п/жировым слоем 0,8 см. Кожа сухая, тургор и эластичность снижены. Иммуниетет снижен, присоединение интеркурентных заболеваний. Аппетит снижен.

4. Причина заболевания - не своевременное введение витаминов, микроэлементов, прикорма. В профилактической работе с мамой нужно использовать школы, беседы, памятки, книги, лекции практикующих специалистов - педиатров

5. Ребенок должен получать пищу 5 раз в сутки. В рацион должны входить следующие продукты: соки, фруктовые пюре, яичный желток, каши, овощное пюре, мясные пюре, творог, хлеб.

Суточный объем пищи ребенку 8 мес. составляет 1/8 часть от массы тела -

8700 : 8 x 1000 гр

Разовый объем пищи составляет -  $1000 \text{ гр} : 5 = 200 \text{ гр}$

### ЗАДАЧА 51

При взятии крови из пальца у ребенка появилась слабость, бледность кожных покровов, холодный липкий пот. АД 60/40 мм рт.ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Перечислите виды ответственности медицинского работника.

#### Эталон ответа к задаче № 51.

1. Диагноз: Обморок.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- уложить ребенка горизонтально с приподнятым ножным концом;
- обеспечить свободное дыхание и достаточный приток свежего воздуха;
- обтереть лицо холодной водой, дать вдохнуть пары нашатырного спирта;
- при затянувшемся обмороке ввести в/м 10% раствор кофеина – 0,1 мл/год жизни, кордиамина 0,1 мл/год жизни, 1% раствор мезатона 0,1 мл/год жизни (не более 1 мл).

3. В случае недобросовестного выполнения медицинским или фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей, повлекших причинение вреда здоровью граждан или их смерть, возмещается ущерб. Это не освобождает от дисциплинарной, административной или уголовной ответственности, к которой может быть привлечен медицинский работник, в соответствии с законом РФ, законодательством субъектов РФ

4. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 52

В здравпункт общежития обратилась больная Р., 20 лет, прибывшая на учебу из Замбии 9 месяцев назад.

Жалобы: на высокую температуру в течение месяца, ночные поты и похудание. При клиническом осмотре обнаружено: субфебрильная температура  $37,2^{\circ} \text{C}$ , увеличение подмышечных и локтевых лимфоузлов слева и справа. Вес снизился с 70 кг до 62 кг, пиодермия в верхней части спины. Из анамнеза: имела половой контакт до приезда в Россию в течение последних 2-х лет с мужчиной. Из письма узнала, что месяц тому назад он умер в инфекционной больнице.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера здравпункта.
3. Перечислите и обоснуйте дополнительные методы исследования.
4. Принципы лечения, диспансеризация.
5. Деятельность фельдшера по профилактике ВИЧ-инфекции.
6. Оформите направление к врачу-инфекционисту.

## Эталон ответа к задаче № 52.

1. Предварительный диагноз: ВИЧ-инфекция, III стадия вторичных заболеваний, полстадия А (по классификации В.В.Покровского).

Предположительный путь заражения – половой.

Обоснование:

- эпиданамнез: больная прибыла из африканской страны Замбии, неблагополучной по ВИЧ-инфекции;
- клинические данные: длительная субфебрильная лихорадка (более 1 мес.), потеря веса до 10%, ночные поты, увеличение 2-х групп периферических лимфоузлов – подмышечных и локтевых (справа и слева), лимфоузлы плотные, безболезненные, диаметром 1,2-1,5 см; поражение кожи – пиодермия в верхней части спины.

2. Учитывая, что больная иностранная студентка, а условия въезда и пребывания иностранных граждан в России установлены международным договором РФ, фельдшер не сообщил ей о предположительном диагнозе, а направил к врачу-инфекционисту для постановки окончательного диагноза ВИЧ-инфекция.

Согласно Федерального закона РФ "О предупреждении распространения ВИЧ" от 1995г. иностранные граждане в случае выявления ВИЧ-инфекции подлежат депортации из РФ.

3. Окончательный диагноз ВИЧ-инфекция ставится на основании эпидемических, клинических и лабораторных результатов исследования сыворотки крови на наличие антител к ВИЧ в ИФА и иммуноблотинге.

4. Принципами лечения больного ВИЧ-инфекцией являются: этиотропное, иммунокорректирующее и лечение вторичных заболеваний. В качестве дополнительных методов применяют гипноз, психотерапию, общеукрепляющую терапию. Диспансерное наблюдение во время 2 стадии проводится 1 раз в 6 мес., в 3 стадии – 1 раз в 3 месяца.

5. Специфическая профилактика ВИЧ не разработана. Основной профилактикой является санитарно-просветительная работа с населением. В ЛПУ основной профилактикой является соблюдение требований ОСТА-42-21-2-85 "Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения".

7. В сопроводительном документе указывается ФИО, возраст, адрес, эпиданамнез, подпись медработника. Предварительный диагноз не указывается с учетом сохранения врачебной тайны и соблюдения деонтологии, поэтому в направлении нужно указать, что больной направляется на консультацию к инфекционисту.

## ЗАДАЧА 53

Фельдшер скорой помощи вызван к пациентке 52 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье, которая появилась на 2-ой день после празднования Нового года. Боль иррадирует 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<sup>0</sup> С. Пульс 94 уд/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 предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

4. Расскажите о профилактических мероприятиях на амбулаторно-поликлиническом этапе.

### Эталон ответа к задаче № 53.

**1. Диагноз: острый холецистит.**

Ставится на основании:

- жалоб на острую боль в правом подреберье;
- данных анамнеза: погрешность в диете, а возможно и прием алкоголя – типичные провоцирующие факторы развития холецистита;
- данных объективного исследования: рвота не приносящая облегчения, острая боль в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, той же локализации при пальпации 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 Орнтера (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 диафрагмального 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:**

- уложить пациента в удобное положение (для улучшения самочувствия), голову повернуть на бок (для профилактики аспирации рвотных масс при повторной рвоте);
- положить холод на правое подреберье (для уменьшения боли и замедления развития воспалительного процесса);
- госпитализировать в отделение неотложной хирургии;
- ввести тонкий назогастральный зонд (для аспирации желудочного содержимого);
- при резко выраженном болевом синдроме ввести М-холинолитик (атропин, платифиллин), либо спазмолитик (папаверин, но-шпа);
- 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, так как 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 общеклинические обследования, клинические анализы крови (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево), мочи, биохимическое исследование крови (холестерин, амилаза, сахар, общий билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, общий белок, белковые фракции), определяют группу крови, резус-фактор.

Возможно увеличение уровня прямого билирубина, так как иктеричность склер на вторые сутки заболевания предполагают частичный холестаза за счет отека слизистой либо наличия конкремента в общем желудочном протоке.

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

ФГДС, рентгенография 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 холецистэктомию. 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, в/в;
- современные сульфаниламидные препараты пролонгированного действия.

Также назначают голод, аспирацию желудочного содержимого через назогастральный зонд, новокаиновую блокаду круглой связки печени, спазмолитики (но-шпа, атропин) и М-холинолитики (атропин, платифиллин), инфузионную терапию (до 3л/сут).

#### ЗАДАЧА 54

Вызов фельдшера скорой помощи 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 лет 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 Щеткина-Блюмберга положительный.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм действия для оказания доврачебной помощи.
3. Перечислите права пациента.

#### Эталон ответа к задаче № 54.

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

Диагноз поставлен на основании анамнеза: отсутствие менструации в течение 5 недель (вероятный признак беременности). Прерывание внематочной беременности по типу трубного аборта подтверждают жалобы больной и клинические симптомы: приступы схваткообразной боли, после которой появляются кровянистые выделения из половых путей, темного цвета и симптомы внутреннего кровотечения: бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

## 2. Алгоритм действий:

- измерить АД и подсчитать пульс
- уложить больную на носилки
- положить холод на низ живота
- срочно госпитализировать на носилках в гинекологический стационар в машине скорой помощи с сиреной
- при транспортировке осуществлять в/в введение плазмозаменяющих растворов (желатиноля, лактосола, изотонического раствора и др.)
- сообщить по рации в стационар о предстоящей операции

## 3. Права пациента:

1. Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
  2. Выбор врача;
  3. Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
  4. Проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
  5. Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
  6. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
  7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
  8. Отказ от медицинского вмешательства;
  9. Получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья;
  10. Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
  11. Возмещение ущерба;
  12. Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
  13. Допуск к нему священнослужителя для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.
- 4. Выполнение манипуляции в соответствии с алгоритмом.

## ЗАДАЧА 55

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 общепитии, гуляют редко. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 мес., часто болел ОРВИ.

При осмотре: состояние у малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и видимых слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум у верхушки. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под реберной дуги.

### Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера.

3. Расскажите о принципах лечения заболевания в условиях ОВП.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании в условиях амбулаторно-поликлинической службы.

#### Эталон ответа к задаче № 55

1. Диагноз: Анемия железодефицитная. Заключение ставится на основании данных анамнеза: питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день; фрукты, овощи ребенок не получает. Гуляет ребенок редко. На смешанном вскармливании с 1 мес., часто болеет ОРВИ;
  - объективных данных: выраженная бледность кожи, слизистых; со стороны сердца-выслушивается систолический шум у верхушки.
2. В данном случае ребенка необходимо госпитализировать (живет с мамой в общежитии).
3. В условиях стационара необходимо провести дополнительные методы обследования: общий анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови.
4. Назначить правильное питание с ежедневным включением в меню: овощного пюре, желтка, творога, кефира, печени. Назначить препараты железа (сироп алоэ с железом, аскорбиновая кислота, витамины группы В). Необходимы ежедневные: лечебная физкультура, массаж, прогулки на свежем воздухе.
5. Техника заполнения направления по алгоритму.

#### ЗАДАЧА 56

Больной обратился в медпункт жалобами на боль в ухе, высокую температуру, чувство заложенности в больном ухе. Болен первые сутки. До этого перенес ОРВИ. Состояние удовлетворительное. Температура 38,0° С.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
3. Составьте алгоритм оказания необходимой помощи на доврачебном этапе с обоснованием каждой манипуляции.
4. Деятельность фельдшер по предупреждению осложнений при данном заболевании.

#### Эталон ответа к задаче № 56

1. Диагноз: Острый средний отит.  
Обоснование: жалобы больного, температурная реакция, анамнез (перенес ОРВИ).
2. Для уточнения диагноза необходима отоскопия, выявляющая состояние барабанной перепонки и определение слуховой функции.
3. Возможные осложнения: мастоидит, менингит или переход в хроническую форму, стойкая потеря слуха.
4. Алгоритм оказания необходимой помощи:
  - а) закапать в ухо теплые спиртовые капли (3% борный спирт, спирт фурацилиновый), доза 5-6 капель;

б) закапать в нос сосудосуживающие капли (эфедрин 2%, нафтизин, санорин, галазолин и др.) в положении больного с запрокинутой головой в больную сторону, чтобы капли попали в устье слуховой трубы. Доза 5-10 капель.

в) положить местное тепло (грелка, компресс) на больное ухо, тепло показано в начальной стадии воспалительного процесса (болен первые сутки).

Для снижения температуры:

- аналгин 50% раствор 2,0 в/в;
- димедрол 1% раствор 1,0 в/м.

### ЗАДАЧА 57

Фельдшер ФАПа при посещении новорожденного обнаружил появление у малыша гиперемии кожи в паховых, ягодичных и подмышечных складках. Состояние удовлетворительное. Температура тела  $36,4^{\circ}$  С. Сосет активно. При беседе с мамой выяснилось, что ребенок часто лежит в мокрых пеленках (т.к. "его это не беспокоит"), а при пеленании мать использует подкладную клеенку, которую подкладывает между простой и байковой пеленками.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Тактика фельдшера ФАПа.
3. Назовите основные моменты ухода за этим ребенком.
4. Профилактическая деятельность фельдшера в условиях ФАПа, работа с родителями.

### Эталон ответа к задаче № 57

1. У ребенка опрелости 1 степени, обусловленные дефектами ухода.
2. Ежедневно наблюдать за ребенком до полного исчезновения опрелостей.
3. После каждого акта мочеиспускания и дефекации ребенка необходимо подмывать, после того как осушили кожу, кожные складки обрабатываются стерильным растительным маслом, детским кремом или присыпкой. Ребенку показано свободное пеленание без подкладной клеенки, проведение воздушных ванн, не допускать, чтобы он лежал в мокрых пеленках.
4. Техника выполнения манипуляции согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 58

Вследствие неосторожного движения, кипящее молоко попало на предплечье и кисть женщины 43 лет, домохозяйки.

Объективно: кожный покров ярко-красного цвета, большое количество пузырей заполненных жидкостью. Беспокоят сильные боли.

Задания:

1. Первая помощь.
2. Следует ли вскрыть пузыри? Смазывать обожженную поверхность жиром, мазью?
3. Нужно ли накладывать повязку?
4. Как уменьшить боль?
5. Перечислите виды ответственности медицинского работника.

### Эталон ответа к задаче № 58

1. Диагноз: ожог предплечья и кисти II ст. Уложить пострадавшую в положение, при котором меньше всего беспокоят боли, тепло укрыть, дать выпить большое количество жидкости (чай, кофе, немного вина, водки). Наложить сухую асептическую повязку, а при ее отсутствии - хлопчатобумажную ткань, смоченную спиртом, водкой, риванолом, либо марганцевокислым калием. Такие повязки несколько уменьшают боль. При обширных ожогах, завернуть в чистую проглаженную простыню.

2. Не следует промывать область ожога, прокалывать пузыри, отрывать одежду, а также смазывать ожоговую поверхность жиром и присыпать порошком.

3. Да (стерильную).

4. Для снятия болей, если есть возможность, надо ввести наркотики (морфин, промедол). Срочно провести иммобилизацию в/конечности, при которой кожа будет находиться в максимально растянутом положении. Транспортировать лучше СП (укутать и теплое питье при транспортировке, а также п/шоковые мероприятия продолжать).

5. В случае недобросовестного выполнения медицинским или фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей, повлекших причинение вреда здоровью граждан или их смерть, возмещается ущерб. Это не освобождает от дисциплинарной, административной или уголовной ответственности, к которой может быть привлечен медицинский работник, в соответствии с законом РФ, законодательством субъектов РФ

### ЗАДАЧА 59

Пациентка 23 лет обратилась к фельдшеру поликлиники с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , сухой кашель. Больна второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела  $38,0^{\circ}\text{C}$ . Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧДД – 18 в мин. Ритм сердечной деятельности правильный, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования, регламентированные Национальным проектом в сфере здравоохранения.
3. Тактика фельдшера и принципы лечения.
4. Деятельность фельдшера поликлинического участка по профилактике осложнений заболевания.

### Эталон ответа к задаче № 59

1. Диагноз: Острый бронхит.

Обоснование диагноза:

1) Жалобы и данные анамнеза:

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

- 2) Объективные данные:
13. субфебрильная температура;
  14. при аускультации – дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон.
2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ; микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам; R-графия легких.
3. Очаговая пневмония.
4. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

15. постельный режим, частое проветривание помещения;
  16. диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды;
  17. при сухом мучительном кашле вначале заболевания – противокашлевые препараты (либексин, глауент);
  18. отхаркивающие средства (амбробене, термопсис, алтей, бромгексин, мать-и-мачеха, чабрец);
  19. отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны);
  20. при появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, доксициклин) или сульфаниламиды (бисептол, септрин).
1. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

### ЗАДАЧА 60

На ФАП к фельдшеру обратилась беременная 25 лет, срок беременности 37-38 недель. Жалобы на кровотечение из половых путей, которое появилось во время акта дефекации среди полного здоровья два часа назад.

Анамнез: беременность третья, две первые закончились медицинским абортом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 110/75 мм рт.ст. Пульс 75 уд/мин. При пальпации матка овоидной формы, возбуждена, безболезненна. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз. При аускультации – сердцебиение плода 130 уд/мин., ритмичное. Над симфизом выслушивается шум со стороны сосудов матери. Из половых путей выделяется алая, жидкая кровь.

Задания:

2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
3. Дополнительные методы исследования
4. Возможные осложнения и их профилактика
5. Тактика фельдшера

### Эталон ответа к задаче № 60

1. Диагноз: беременность 37-38 недель. Предлежание плаценты.

Предлежание плаценты подтверждается следующими клиническими симптомами: кровотечение, возникшее на поздних сроках беременности, на фоне полного здоровья, без

болей. Кровь ярко-красного цвета без сгустков. При обследовании: матка овоидной формы, безболезненная, не возбуждена, предлежащая часть расположена высоко над входом в малый таз. При аускультации над симфизом выслушивается шум со стороны сосудов матки.

**2.** Для уточнения диагноза предлежания плаценты в условиях клиники применяются дополнительные методы исследования: УЗИ для определения расположения плаценты, амниоскопия; влагалищное исследование производят при развернутой операционной.

**3.** Возможные осложнения при данной патологии: массивное кровотечение, геморрагический шок, интимное прикрепление плаценты, гипотония нижнего сегмента матки, послеродовые септические заболевания, гипоксия плода, асфиксия новорожденного, внутриутробная гибель плода.

**4.** Тактика фельдшера:

- немедленная бережная госпитализация в родильное отделение ЦРБ
- контроль за АД и кровянистыми выделениями из половых путей
- проведение профилактики кровотечения и гипоксии плода