

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный
центр Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»
ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН ВАРИАТИВНОЙ ЧАСТИ
БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 ТЕРАПИЯ

Составители

д.м.н., профессор В.В. Цуканов

к.м.н. Ю.Л. Тонких

Красноярск
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Обучающий симуляционный курс	ПК-5 ПК-6	клинические симуляционные задачи	28

Перечень клинических симуляционных задач

Задача №1

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

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

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. ИБС: инфаркт миокарда, острый период.

Обоснование:

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

2) объективные данные: беспокойство больного; приглушение сердечных тонов; тахикардия.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови (повышение глобулинов, фибриногена, ферментов КФК, АСТ, ЛДГ), электрокардиография: изменения комплекса QRS, сегмента ST и зубца Т.

3. Кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность (левожелудочковая), нарушение сердечного ритма.

4. Пациент нуждается в срочной госпитализации, транспортировка осуществляется на носилках в присутствии врача.

Неотложная помощь: Наркотические анальгетики или нейролептанальгезия (фентанил и дроперидол)

Антикоагулянты прямого действия (гепарин)

Принципы лечения:

Строгий постельный режим.

Индивидуальный пост

Диета № 10, профилактика запоров

Фибринолитическая терапия: стрептокиназа, урокиназа

Антикоагулянты прямого действия: гепарин

Дезагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота

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

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

Прогноз для жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика: первичная: рациональное питание; физическая активность; запрещение курения и злоупотребления алкоголем; психическая саморегуляция;

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

5. Техника записи ЭКГ - согласно алгоритму действия.

Задача 2

Пациент 45 лет. Жалобы на одышку с затрудненным выдохом, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, резкую слабость. Возникновение приступа связывает с запахом краски (в подъезде идет ремонт).

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

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Приступ бронхиальной астмы (средней степени тяжести).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
расстегнуть стесняющую одежду и создать доступ свежего воздуха, чтобы облегчить состояние пациента;
обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;

Ингаляции β_2 – агонистов короткого действия через дозированный аэрозольный ингалятор со спейсером 2 вдоха (предпочтительно через небулайзер β_2 -агонисты: беротек 10 кап. или сальбутамол 2,5 мг или беродуал 20 кап. каждые 20 минут в течение первого часа, затем через 1 час, затем через 4 часа.

Преднизолон 60-90 мг (или дексаметазон 8-12 мг) в/в струйно на 20 мл физ. р-ра. (он способствует стабилизации лизосомальных мембран, облегчает отдачу кислорода тканям, расширяет периферические артерии и повышает тонус периферических вен);

Р-р эуфиллина 2,4% - 10 мл в/в струйно медленно на 20 мл физ. р-ра.

При отсутствии эффекта и развития астматического статуса вызов реанимационной бригады.

При развившемся астматическом статусе до приезда реанимационной бригады в/в капельно вводить эуфиллин 2,4% - 10 мл на 200 мл физ. р-ра и в/в струйно вводить преднизолон 2-4 мг на кг массы тела.

контроль АД, PS для оценки состояния пациента;

3. Продемонстрировать технику применения ДАИ со спейсером/без спейсера.

Задача 3

По дежурству в приемный покой обратилась больная 40 лет, которая жалуется на боль в правой половине грудной клетки, кашель с выделением —ржавой мокроты, одышку в состоянии покоя, озноб, повышение температуры до 39С. Заболела остро два дня назад. После приема жаропонижающих таблеток состояние ухудшилось, появилась резкая слабость, головокружение, потливость. В течение часа температура снизилась до нормы.

Объективно: температура 36,8С. Больная адинамична. Кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается крепитация. Пульс малого наполнения, 100 уд./мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЧДД 32 в мин. РаСО₂ > 55 мм рт.ст.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. У больной с внебольничной пневмонией развился инфекционно-токсический шок, стадия субкомпенсации.

Обоснование: кожа бледная, акроцианоз и похолодание конечностей; адинамия; одышка, тахикардия, гипотензия, периферический пульс слабого наполнения. снижение температуры до нормальных цифр.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

-заместительная кортикостероидная терапия из расчета 10-15 мг/кг/сутки (преднизолон) по 3 - 5 мг/кг внутривенно струйно до повышения АД.

-кристаллоидные растворы до 30 мл/кг под контролем центрального венозного давления в динамике со скоростью до 10 мл/кг в час

-вазопрессоры: оптимальный препарат для коррекции гемодинамики – норадреналин, который применяется один или в комбинации с другими препаратами: 0,1–0,3 мкг/кг/мин.

Адреналин добавляется к норадреналину либо частично заменяет его, когда для поддержания гемодинамики требуются дополнительные препараты.

в качестве альтернативы норадреналину может быть рассмотрен дофамин в дозе 7–12 мкг/кг/мин. до стабилизации АД с последующим постепенным снижением дозы до 2 - 3 мкг/кг в 1 мин в течение суток, при необходимости и более

В случае стойкого снижения АД дополнительно назначается норадреналин в дозе 0,1 - 1,0 мкг/кг в 1 мин при условии постоянного мониторинга АД (каждые 5 - 10 мин).

При отсутствии эффекта и сохраняющемся падении АД назначается дофамин из расчета 6 - 15 мкг/кг в 1 мин.

Показана неинвазивная вентиляция легких кислородом

контроль АД, PS для оценки состояния пациента;

3. Демонстрация техники исследования пульса.

Задача 4

На прием по дежурству в ФАП 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: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. Язык обложен сероватым налетом. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в области эпигастрия. Пульс 100 уд./мин. АД 100/70 мм рт.ст.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Язвенная болезнь желудка, осложнившаяся желудочным кровотечением, средней степени тяжести.

Обоснование: Состояние больного средней степени тяжести. Повторная рвота кровью. ЧСС 100 в минуту; систолическое АД 100 мм рт.ст

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

пузырь со льдом на область желудка с целью сужения сосудов и уменьшения кровотечения;

параллельно: переливание жидкости в/в капельно: раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл, гидроксиэтилкрахмала - 400 мл.

При неэффективности терапии указанными плазмозаменителями – назначить сГКС в дозе 5-15 мг/кг гидрокортизона.

в/в медленно, в течение 2 мин инфузионных форм блокаторов протонной помпы (40-80 мг) или H₂-гистаминоблокаторов 40 мг (предварительно развести в 10 мл 0,9% р-ра натрия хлорида).

контроль АД, пульса для оценки состояния пациента;

осуществить экстренную госпитализацию больного в хирургическое отделение ЛПУ для раннего проведения эндоскопии;

3. Рассказать алгоритм подготовки больного к исследованию кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

Задача №5

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

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Анафилактический шок.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

прекратить введение препарата для прекращения дальнейшего поступления аллергена в организм;

обколоть место инъекции препарата 0,3-0,5 мл 0,1% раствора адреналина в 3-5 мл 0,9% раствора хлорида натрия, положить холод для уменьшения всасывания;

уложить пациента на спину в положение по Тренделенбургу для улучшения кровоснабжения головного мозга;

ввести 0,3-0,5-1 мл 0,1% раствора адреналина (в/в капельно в разведении 2,5 мкг/мл со скоростью 20-60 капель в мин., в/м или п/к) или 0,2% раствор норадrenalина в половинной дозе в/в капельно в качестве кардиотонического вазоконстрикторного и бронходилатационного средства;

ввести метилпреднизолон в дозе 1-50 мг/кг в зависимости от степени тяжести шока для восстановления капиллярного кровотока, стабилизации мембраны, предупреждения затяжного течения шока, устранения отека легких;

обеспечить проведение ингаляции увлажненным кислородом для устранения гипоксии;

наладить в/в инфузию плазмозаменителей (рео и полиглюкина, альбумина из расчета 1-4 мл/кг в первые 10 мин.) для увеличения объема циркулирующей крови;

ввести десенсибилизирующие средства (дипразин, тавегил, супрастин в дозе 1-2 мг/кг в/в или в/м, циметидин 2 мл 10% раствора в/м) для уменьшения связывания гистамина с незанятыми гистаминовыми рецепторами. Использовать димедрол нежелательно, так как он сам освобождает гистамин;

ввести 20 мл 2,4% раствора эуфиллина в течение 15-20 мин. при сохранении стойкого бронхоспазма при стабильной гемодинамике;

осуществлять контроль за пульсом, АД для оценки состояния пациента;

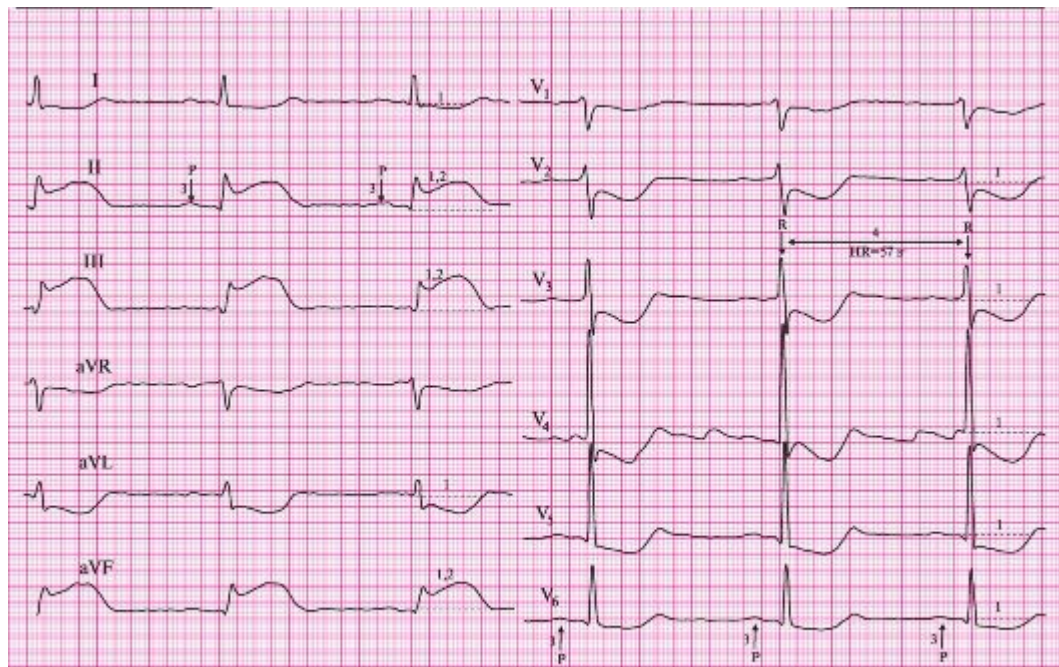
госпитализировать пациента в виду опасности повторного снижения АД.

3. Продемонстрировать технику измерения АД.

Задача 6

У больного 58 лет в течение нескольких часов беспокоит интенсивная головная боль, тошнота, принял таблетку анальгина без эффекта. Около часа назад появилась давящая боль за грудиной. В течение 8 лет отмечает эпизодическое повышение АД. Объективно: состояние средней тяжести, кожа гиперемирована. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: в легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 56 в 1 мин. АД - 110/100 мм рт.ст Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

На ЭКГ:



ЭКГ № 27. Острый (1) нижний (2) инфаркт миокарда, осложненный синусовой (3) брадикардией (4)

1. Определите неотложное состояние.
2. Окажите неотложную помощь.
3. Снимите ЭКГ пациенту

Ответы:

1. острый инфаркт миокарда, с локализацией на нижней стенке, осложненный синусовой брадикардией.

купирования болевого синдрома Морфин - при продолжающейся боли 4-8 мг в/в с дополнительным введением 2 мг через каждые 5-15 мин в зависимости от интенсивности болевых ощущений до купирования боли или появления побочных эффектов

Аспирин: Ударная доза 150-300 мг перорально или 80-150 мг в/в, если пероральный прием невозможен, с последующей поддерживающей дозой 75-100 мг/день

Клопидогрель 75 мг/ден

Нефракционированный гепарин 70-100 Ед/кг в/в струйно, если не планируются ингибиторы гликопротеина

50-60 Ед/кг в/в струйно с ингибиторами гликопротеина

Эноксапарин 0,5 мг/кг в/в струйно

ингаляция кислорода,

Тромболитические препараты

Альтеплаза - вводится в/в (предварительно препарат растворяют в 100-200 мл дистиллированной воды или 0,9% раствора хлорида натрия) по схеме «болюс + инфузия». Доза препарата 1 мг/кг массы тела (но не более 100 мг): болюсно вводится 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг массы тела за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии - 1,5 ч). Или

Тенектеплаза - внутривенно 30 мг при массе тела < 60 кг, 35 мг при 60-70 кг, 40 мг при 70-80 кг; 45 мг при 80-90 кг и 50 мг при массе тела > 90 кг, требуемая доза вводится в виде болюса, в течение 5-10 сек. Учитывая более длительный период полувыведения из организма препарат используется в виде однократного болюса, что особенно удобно при догоспитальном тромболизисе. Или

Стрептокиназа - вводится в/в в дозе 1500000 МЕ за 30-60 мин в небольшом количестве 0,9% раствора хлорида натрия. Часто отмечается развитие гипотензии, острых аллергических реакций. Нельзя вводить повторно (уточнить анамнез).

Перевозка в стационар, где проводится ЧКВ 3. Демонстрация проведения ЭКГ-исследования.

Задача 7

Пациентка 40 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемный покой на 5 сутки после употребления в пищу неизвестных грибов. Накануне у больной отмечалось носовое кровотечение. Объективно: уровень сознания – глубокое оглушение. Кожные покровы желтушные, тургор снижен. АД - 90/60 мм рт.ст. ЧСС – 58 в 1 минуту. Край печени определяется на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Лабораторно: гемоглобин - 95 г/л, сахар крови – 3 ммоль/л, общий белок - 45 г/л, билирубин общий - 180 мкмоль/л, билирубин прямой - 60 мкмоль/л, АлАТ - 4,5 ммоль/ч-л, АсАТ - 7 ммоль/ч-л, протромбиновый индекс - 45%.

Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больной?

Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данной пациентки?

Ответы:

1. Острая печеночная недостаточность вследствие употребления в пищу ядовитых грибов (вероятно - бледной поганки). Лабораторная картина - гипербилирубинемия, гипопроteinемия, снижение протромбинового индекса - свидетельствует о декомпенсации печеночных функций, а повышение уровня трансаминаз говорит о развитии цитолиза. Клиническим проявлением печеночной недостаточности у данной больной является нарушение сознания и геморрагический синдром.

2. Неотложная терапия: коррекция уровня сахара крови - в/в инфузии раствора глюкозы, гипопроteinемии - в/в альбумин, показателей гемостаза - в/в свежезамороженная плазма. Детоксикация - форсированный диурез, энтеросорбция, гемодиализ.

Задача 8

У женщины 65 лет впервые возникли генерализованные тонико-клонические судороги. После их прекращения сознание восстановилось, появились элементы моторной афазии, слабость в правых конечностях.

Вопрос 1: Как можно трактовать состояние пациентки?

Вопрос 2: Какова должна быть неотложная терапия данного состояния?

Ответы:

1. Судорожный синдром, возникший в результате острого нарушения мозгового кровообращения.

2. Фиксировать голову пациента, для предупреждения прикусывания языка поместить между зубов резиновую распорку. Для купирования судорог - внутривенное или внутримышечное введение препарата из группы бензодиазепинов (сибазон) или барбитуратов (тиопентал натрия). Дальнейшая терапия должна быть направлена на профилактику и лечение отека мозга, возникшего в результате острого нарушения мозгового кровообращения.

Задача 9

У мужчины 50 лет, страдающего алкоголизмом, после употребления алкоголя в течение 10 дней развились повторяющиеся генерализованные тонико-клонические судорожные припадки. В перерывах между судорогами сознание не восстанавливается, дыхание самостоятельное, ЧД-32 в 1 минуту, АД-200/100, ЧСС-112 в 1 минуту, акроцианоз.

Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного?

Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данного состояния?

Ответы:

1. Повторяющиеся судорожные припадки, между которыми не восстанавливается сознание, следует трактовать как эпилептический статус.

2. Введение противосудорожных препаратов при эпилептическом статусе неэффективно. Единственным способом купировать судороги в данной ситуации является введение мышечных релаксантов (диоксоний 0,04-0,05 мг/кг в/в, дитилин 1-1,7 мг/кг в/в) и перевод больного на искусственную вентиляцию легких.

Задача 10

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.

При амбулаторном осмотре АД — 120/80 мм рт.ст. ЧСС — 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после перекармливания.

При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД — 220/130 мм рт.ст. ЧСС — 180 в минуту. Температура тела — 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведенная гипотензивная терапия (верапамил вв, лазикс вв) эффекта не дали. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты — 10×10^9 л, лимфоцитов — 16%, эозинофилов — 6%. Сахар крови натощак — 7,2 ммоль/л, К — 6,2 ммоль/л, Na — 138 ммоль/л. В моче: белок — 0,66%, эритроциты — 6-8-10 в поле зрения, сахар 0,5%. На ЭКГ — синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторинге АД — 120/80 — 126/75 мм рт.ст.

Задание

- 1 Установить предварительный диагноз.
- 2 Наметить план дополнительного обследования.
- 3 Провести дифференциальную диагностику.
- 4 Определить тактику лечения.

Эталон ответов к ситуационной задаче по терапии

1. Диагноз: Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.
 2. Диагностика:
 - 1) УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, мочевого пузыря
 - 2) Рентгенотомография почек и надпочечников
 - 3) Исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты
 - 4) Проба с тропафеном при кризовой форме
 3. Дифференциальная диагностика с нейроциркуляторной дистонией, гипертонической болезнью, другими симптоматическими гипертензиями.
 Лечение: терапия при кризе:
 — альфа-адреноблокаторы, при необходимости добавить бета-блокаторы (празозин, фентоламин, обзидан). При отсутствии метастазов — хирургическое лечение. В случае неуправляемой гемодинамики — экстренное хирургическое вмешательство
- Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче по терапии**
1. Анализ крови: Hb — 120 гл, ц.п. -0,8, эр- 3.4×10^{12} л, лейкоц. 10×10^9 л, лимфоцитов — 16%, эозинофилов — 6%. СОЭ — 26 ммч.
 2. Анализ мочи: уд.вес — 1016, реакция кислая, белок — 0,66%, сахар 0,5%, лейкоц. 3-4 в поле зрения, эритроциты — 6-8-10 в поле зрения.
 3. Биохимия: Сахар крови натощак — 7,2 ммольл, К — 6,2 ммольл, Na — 138 ммольл.
 4. Ванилилминдальная кислота в моче — 15 мг за 24 часа (норма — 7,5 мг)
 5. На ЭКГ — синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса.
 6. Заключение окулиста: нейроретинопатия.
 7. При суточном мониторинге АД — 120/80 — 126/75 мм рт.ст.
 8. Флюорография — без патологии.
 9. УЗИ органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа без особенностей. Почки расположены обычно. Чашечно-лоханочный комплекс без изменений. Над правой почкой определяется негетерогенное образование в диаметре 2,5 см.
 10. Рентгеновская компьютерная томография: над правой почкой имеется округлое образование размером примерно 3 см.

Задача 11

Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до $37,5^{\circ}\text{C}$. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки.

Объективно: темп. $37,3^{\circ}\text{C}$. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких — ясный легочный звук, жесткое

дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

Задание

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 10 :

1. Общий анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, цв.п. — 0,9 ; тромбоциты — $230 \times 10^9/л$, лейкоциты — $10 \times 10^9/л$, пал. — 7%, сегм. — 53%, лимф. — 32%, мон. — 8%, СОЭ — 20 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес — 1020, белок — 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты — 3-5 в п/зр., эр. — нет, цилиндров нет.
3. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ — умеренно положительный.
4. Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту.
5. Бактериологический анализ мокроты: не удалось собрать мокроту.
6. Серологическое исследование — высокий титр антител к вирусным антителам и микоплазмам.
7. Рентгенография — прилагается.
8. ЭКГ — прилагается.
9. Исследование функций внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15%, форсированной жизненной емкости легких, снижение пневмотахометрии до 80% от должной.

Эталон ответов

1. Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит.
2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование — определение титра антител к вирусам, бактериям, микоплазмам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острой пневмонией.
4. Принципы лечения:
противовоспалительные средства — анальгин, ацетилсалициловая кислота и др.
антибактериальная терапия — антибиотики, сульфаниламидные препараты
противовирусные средства — сывороточный полиглобулин, противогриппозный гамма-глобулин, интерферон
бронхолитическая и отхаркивающая терапия — эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия
физиотерапевтическое лечение — щелочные ингаляции, ингаляции бронхолитиков, УВЧ, индуктотерапия, ЛФК.

Задача 12

К фельдшеру обратилась больная Б. 20 лет на мышечную слабость, похудение, жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, кожный зуд, обильное мочеиспускание. Болеет в течение 3 месяцев. В детстве переболела эпидемическим паротитом. Объективно: температура 36,60

С. общее состояние удовлетворительное, поведение активное. Кожа сухая, местами шелушение. Правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. В легких везикулярное дыхание. Сердце-стоны ритмичные, приглушены,

ЧСС 80 уд в мин, АД 115/90 мм рт.ст. Живот мягкий при пальпации безболезнен во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- 1.Сахарный диабет, инсулинозависимый тип

Обоснование:

- 1)данные анамнеза:

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

- 2)объективные данные:

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

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

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

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

Принципы лечения:

Режим палатный

Диета №9, ограничение легкоусваивающихся углеводов. При расчете диеты исходят не из истинной массы тела пациента, а из должной (соответственно его росту и возрасту). Питание должно быть дробным, чтобы исключить резкие колебания уровня глюкозы в крови (не реже 4-х раз в день)

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

дуально.

Использование специальных аппаратов -"искусственная поджелудочная железа" и "искусственная в-клетка"Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета.

Профилактика:

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

Задача 13

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Острый бронхит. *Обоснование:* 1) данные анамнеза: синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), симптом поражения бронхов (сухой кашель); острое начало заболевания; связь заболевания с переохлаждением

2) объективные данные: субфебрильная температура. при аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. 3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму. 4. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях. *Принципы лечения:* Постельный режим, частое проветривание помещения. Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем. При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глаувент, стоптуссин). Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт). При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол). Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец). Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины). Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, бруфен). Отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны, согревающие компрессы, перцовый пластырь). При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, эритромицин, тетрациклин) или сульфаниламиды (бисептол). Прогноз в отношении здоровья благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

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

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

Задача 14

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день. 7

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Крупозная пневмония. *Обоснование:* 1) данные анамнеза:

синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со —ржавой мокротой

острое начало заболевания;

2) объективные данные: лихорадка,

при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;

при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;

при пальпации - усиление голосового дрожания;

при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

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

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

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения: Строгий постельный режим, наблюдение дежурного персонала. Диета № 15, обогащенная витаминами, пища полужидкая, питательная. Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, клюквенный морс, чай с малиновым вареньем, чай с цветками липы. Антибактериальная терапия: антибиотики (пенициллин, полусинтетические пенициллины - ампициллин, оксациллин, ампиокс, амоксициллин, комбинированные препараты - амоксиклав, аугментин, цефалоспорины - кефзол) или сульфаниламиды (сульфадиметоксин, бисептол) . Сосудистые средства: кофеин, кордиамин. Оксигенотерапия. Отхаркивающие средства: термопсис, алтей. Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры. Обработка полости рта 2% р-ром гидрокарбоната Na или слабым раствором перманганата калия. Обработка герпетических высыпаний цинковой мазью. Дыхательная гимнастика. Массаж грудной клетки. Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении.

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

5. Техника оксигенотерапии - согласно алгоритму действия.

Задача 15

Больной Г., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,40С. Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного

наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Правосторонняя очаговая пневмония. *Обоснование:* 1) данные анамнеза: синдром интоксикации; одышка, кашель со слизисто-гнойной мокротой; постепенное начало (после ОРЗ);

2) объективные данные:
при перкуссии - локальное притупление перкуторного звука;
при аускультации - дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

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

3. Абсцедирование.

4. Пациент нуждается в стационарном лечении. *Принципы лечения:* Постельный режим. Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, чай с малиновым вареньем, чай с липовым цветом. Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности микробной флоры. Сосудистые средства: кофеин, кордиамин. Отхаркивающие средства: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин. Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры. Оксигенотерапия. Дыхательная гимнастика. Массаж грудной клетки. Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

Профилактика: закаливание организма; рациональная физическая культура; устранение фактора переохлаждения; соблюдение гигиены труда. 5. Техника оксигенотерапии - согласно алгоритму действия

Задача 16

Больной Ж., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре. Объективно: температура 37,40С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме —барабанных палочек, ногти в форме —часовых стекол, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

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

5. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.

Обоснование: 1) данные анамнеза:

синдром интоксикации, одышка, кашель с выделением большого количества мокроты по утрам;

длительность заболевания, наличие обострений;

2) объективные данные:

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

при перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких;

при аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе - повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких, сотовый или ячеистый рисунок легкого. Бронхография: различные формы бронхоэктазов.

3. Эмфизема легких, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце, кровохарканье, легочное кровотечение, пневмония, абсцесс легкого.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в амбулаторных условиях. *Принципы лечения:* Режим постельный. Диета № 15, обогащенная белками (мясо, рыба, творог) и витаминами (фрукты, овощи, соки, сиропы). Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорины, гентамицин. Отхаркивающие препараты: микстура с теропсисом, алтеем, бромгексин, мукалтин. Обильное щелочное питье: минеральные воды. Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами). Массаж грудной клетки. Дыхательная гимнастика. Лаваж (промывание) бронхов. Прогноз зависит от тяжести и клинического течения заболевания. При наличии осложнений прогноз неблагоприятный. *Профилактика:* первичная: диспансерное наблюдение за больными хроническим бронхитом, пневмонией, их систематическое лечение; исключение влияния на организм вредных факторов производства; борьба с курением; закаливание; своевременное и адекватное лечение детских инфекционных заболеваний (корь, коклюш)

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

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

Задача 17

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.
Обоснование: 1) данные анамнеза:

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

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

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией. 3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

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

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении. *Принципы лечения:* Режим постельный

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

Седативные средства: настойка валерианы, пустырника Холинолитики: гастропептин H₂-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин Антациды: альмагель, смесь Бурже Спазмолитики: галидор, но-шпа Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации) Санаторно-курортное лечение Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.

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

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

5. Техника фракционного желудочного зондирования - согласно алгоритму действия.

Задача 18

Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен.

Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения. *Обоснование:* 1) данные анамнеза:

боли в животе —поздние, —голодные, —ночные, проходят после приема молока; склонность к запорам;

похудание на фоне сохраненного аппетита;

вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные: при осмотре: бледность кожи, обложенность языка; при пальпации: резкая болезненность живота в проекции двенадцатиперстной кишки.

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование: симптом «ниши», эндоскопическое исследование. 3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация. 4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения: Режим постельный

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

Седативные средства: настойка валерианы, пустырника Холинолитики: гастроцепин H₂-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол Антациды: альмагель, маалокс Спазмолитики: галидор, но-шпа Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации) Санаторно-курортное лечение. Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.

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

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

5. Техника дуоденального зондирования - согласно алгоритму действия.

Задача 19

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве. Объективно: температура 36,90С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболлезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболлезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболлезненная.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Портальный цирроз печени *Обоснование:* 1) данные анамнеза:

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

вредные привычки - злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные :

при осмотре: желтуха, следы расчесов на коже, признаки бывшего носового кровотечения, —печеночные|| кожные знаки, красные губы, —печеночные|| ладони и язык, сосудистые —звездочки||;

признаки портальной гипертензии - симптом —головы Медузы||;

отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, гинекомастия;

увеличение живота;

при пальпации: увеличение печени и селезенки;

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

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

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения: Режим постельный

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

Гепатопротекторы: эссенциале Ненасыщенные жирные кислоты Витамины группы В При активном процессе и отсутствии признаков портальной гипертензии - глюкокортикостероиды Трансплантация печени Прогноз в отношении выздоровления

неблагоприятный. При стойкой утрате трудоспособности следует решить вопрос о переводе больного на инвалидность.

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

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

Задача 20

Больная В., 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет. Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Хронический холецистит в стадии обострения
Обоснование: 1) данные анамнеза: тупые ноющие боли в правом подреберье; связь с приемом обильной жирной пищи и жареных блюд; ощущение горечи во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул; длительность заболевания;

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

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

3. Гепатит, панкреатит, образование камней в желчном пузыре

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении *Принципы лечения:* Режим полупостельный Диета № 5, исключение жирных, острых жареных блюд. Питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день) Антибактериальные препараты: антибиотики широкого спектра действия или нитрофураны

Спазмолитики: папаверин, галидор, церукал Физиотерапия: в период стихания обострения - парафиновые аппликации Желчегонные средства: аллохол, экстракт бессмертника Прогноз в отношении жизни благоприятный, при соблюдении диетических рекомендаций и устранении провоцирующих факторов можно добиться длительной ремиссии.

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

вторичная: соблюдение режима питания; соблюдение диетических рекомендаций (исключение жирной, жареной, острой пищи, продуктов, богатых холестерином); исключение употребления алкоголя; занятия лечебной физкультурой; фитотерапия (применение лекарственных растений, обладающих желчегонным действием -

бессмертник, барбарис, кукурузные рыльца, шиповник); регулярное проведение тюбажа с целью устранения застоя желчи; физиотерапевтические процедуры (аппликации парафина, лечебных грязей); санаторно-курортное лечение (Трускавец, Моршин, Ессентуки, Арзни и др.); профилактика гельминтозов, протозойных заболеваний.

5. Техника дуоденального зондирования - по алгоритму действия.

Задача 21

К фельдшеру обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области. Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом. Объективно: температура 37,20С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Хронический панкреатит в стадии обострения.
Обоснование: 1) данные анамнеза: ноющие боли в животе опоясывающего характера, иррадирующие под левую лопатку; связь боли с приемом жирной пищи; снижение аппетита, тошнота, чувство тяжести после еды в эпигастральной области; длительность заболевания; сопутствующая патология желчного пузыря;

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

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, анализ мочи: повышение амилазы, копрограмма: стеаторея, креаторея, амилорея, биохимический анализ крови: увеличение амилазы, липазы, трипсина, ультразвуковое исследование поджелудочной железы. 3. Сахарный диабет.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.
Принципы лечения: Режим полупостельный. Голод на 1-2 дня, затем диета № 5. Исключают острые, жирные, жареные блюда, питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день).

Ингибиторы панкреатических ферментов - трасилол, контрикал, гордокс. Антациды: альмагель, карбонат кальция. Антибиотики широкого спектра действия. Спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин. Ферментные препараты: фестал, дигестал, панзиформ. Витамины: С, В2, А, Е. Прогноз в отношении жизни благоприятный при условии соблюдения диетических рекомендаций и отсутствии осложнений. *Профилактика:* первичная: рациональное питание; соблюдение режима питания; исключение злоупотребления алкоголем. своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта; вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим панкреатитом; исключение острых, жирных и жареных продуктов; исключение употребления алкоголя; на фоне высокобелковой диеты назначают анаболические стероидные препараты: ретаболил или метандростенолон.

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

Задача 22

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина. Объективно: температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Острый гломерулонефрит. *Обоснование:* 1) данные анамнеза: общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице; связь с предыдущей инфекцией (ангина 2 недели назад);

2) объективные данные : субфебрильная температура; при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях; при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон; при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.

3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (эклампсия), переход в хроническую форму.

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

5. Техника в/м инъекций - согласно алгоритму действия

Задача 23

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

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения. *Обоснование:* 1) данные анамнеза: слабость, одышка, головная боль, тошнота, отеки на лице. перенесенный острый гломерулонефрит;

сохранившиеся изменения в моче, головная боль, слабость; связь ухудшения состояния с переохлаждением;

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

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

3. Острая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность. 4. Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения: Режим постельный. Диета № 7, ограничение поваренной соли до 6 г в сутки, а при нарастании отеков - до 4 г. Количество принимаемой жидкости соответствует суточному диурезу. При появлении признаков почечной недостаточности белок ограничивают, а количество принимаемой жидкости увеличивают до 2 л в сутки. Глюкокортикостероиды и /или/ цитостатики для подавления иммунного воспаления (противопоказаны при почечной недостаточности). Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, индометацин, бруфен. Антикоагулянты прямого и непрямого действия: гепарин, фенилин. Антиагреганты: курантил. Диуретики. Гипотензивные препараты. Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен, т.к. исходом заболевания является развитие хронической почечной недостаточности.

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

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

Задача 24

К фельдшеру обратилась больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание —мушек перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации. Объективно: температура 36,70С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания. 45

5. Продемонстрируйте технику измерения АД .

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Железодефицитная анемия *Обоснование:* 1) данные анамнеза: общая слабость, головная боль, головокружение, одышка при ходьбе, сердцебиение, мелькание —мушек перед глазами, извращение вкуса; обильные и длительные менструации;

2) объективные данные :

при осмотре: кожа бледная сухая, ногти ломкие, имеется поперечная исчерченность, ЧДД 26 в мин. при пальпации: пульс частый, мягкий; при аускультации:

приглушенность сердечных тонов, систолический шум на верхушке сердца, тахикардия, артериальная гипотензия;

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

3. Обморок

4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении *Принципы лечения*: Режим общий Диета с повышенным содержанием железа - мясо, печень, зеленые яблоки, гранаты Препараты железа внутрь: ферроплекс, при непереносимости пероральных препаратов - парентеральное введение в стационаре (феррум-лек, ферковен) - лечение длительное, в течение нескольких месяцев После нормализации уровня гемоглобина при обильных менструациях препараты железа назначают за 10 дней до и во время менструаций. Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при соблюдении диетических рекомендаций и проведении профилактических мероприятий.

Профилактика: первичная: рациональное питание с достаточным содержанием железа (в первую очередь - мясо) и витаминов; своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, затрудняющих всасывание железа; ранняя диагностика осложнения язвенной болезни - скрытого кровотечения; эффективное лечение заболеваний, которые могут осложниться кровотечением или кровохарканьем (бронхоэктатическая болезнь, туберкулез, рак легкого); профилактическое назначение препаратов железа во время беременности и лактации; вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами с железодефицитной анемией; назначение противорецидивного лечения препаратом железа.

5. Техника измерения АД - согласно алгоритму действия.

Задача 25

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

Задания

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ 1. Диффузный токсический зоб. *Обоснование*: 1) данные анамнеза: жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание; связь заболевания со стрессовой ситуацией;

2) объективные данные : субфебрильная температура; при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом —толстой шеи; при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы; при аускультации: тахикардия.

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

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

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.
Принципы лечения: Режим полупостельный Диета с достаточным содержанием витаминов Тиреостатики: мерказолил, перхлорат калия В-адреноблокаторы: анаприлин Седативные препараты: валериана, пустырник Лечение радиоактивным йодом Хирургическое лечение Прогноз благоприятный при своевременном лечении и отсутствии осложнений.
Профилактика: психическая саморегуляция; диспансерное наблюдение; регулярный прием назначенных препаратов.

5. Техника проведения термометрии - согласно алгоритму действия.

Задача 26

Больной К., 40 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на повышение температуры до 38 °С по вечерам, постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, повышенную потливость.

Считает себя больным в течение недели, когда усилился кашель, появилась одышка при ходьбе, температура во второй половине дня. Из перенесенных заболеваний отмечает острую пневмонию 2 года назад, хронический гастрит в течение 10 лет.

Курит до 1,5 пачек в день, алкоголь употребляет. Месяц назад вернулся из заключения, не работает.

При объективном обследовании общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы влажные, на левой щеке румянец. Температура 37,3 °С. Пальпируются подмышечные лимфоузлы, подвижные, безболезненные, 0,5 x 1,0 см. ЧДД 20 в минуту. Отмечается укорочение перкуторного звука над левой верхушкой, там же дыхание с бронхиальным оттенком, единичные сухие хрипы. Над остальной поверхностью дыхание смешанное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, ритмичны. Пульс — 100 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 130/80 мм рт. ст.. Язык обложен сероватым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание к ситуационной задаче по терапии

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте перечень заболеваний для дифференциального диагноза.
3. Назначьте обследование.

Эталон ответов к ситуационной задаче по терапии

1. Диагноз: подозрение на острую левостороннюю пневмонию.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с обострением хронического бронхита, туберкулезом легких, обострением пневмонии, опухолью легкого.
3. Больной нуждается в срочном обследовании:
 - 1) флюорография органов грудной клетки
 - 2) общий анализ крови
 - 3) общий анализ мочи
 - 4) общий анализ мокроты +БК+атипические клетки.

Задача 27

Больная В., 30 лет, работает учителем. Обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, жажду, повышенный аппетит, похудание на 10 кг за 2 месяца, сердцебиение, раздражительность, дрожание всего тела, слезотечение. Болеет более 2 месяцев. Месяц назад перенесла фолликулярную ангину.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. Больная суетлива, мелкий тремор пальцев вытянутых рук, блеск глаз, редкое мигание. При опускании взора вниз видна полоска склеры между верхним веком и радужной

оболочкой (симптом «заходящего солнца»). Отмечается лабильность настроения. Кожа кистей рук повышенной влажности, теплая. Пальпируется слегка увеличенная щитовидная железа, мягкая, безболезненная. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца усилены, тахикардия до 126 в минуту. АД — 160/50 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень, желчный пузырь, селезенка не увеличены. Стул жидкий, до 5 раз в сутки. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, безболезненное. Менструальные отсутствуют в течение последних 2 месяцев.

Задание к ситуационной задаче по терапии

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Эталон ответов к ситуационной задаче по терапии

1. Диагноз: диффузный токсический зоб III степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести.

2. Диагностика:

- 1) определение Т3, Т4, ТТГ радиоиммунным методом;
- 2) общий анализ крови;
- 3) тест захвата йода щитовидной железой;
- 4) УЗИ щитовидной железы;
- 5) радиоизотопное сканирование щитовидной железы

3. Дифференциальная диагностика с нейро-циркуляторной дистонией, гипертонической болезнью.

4. Лечение: консервативная терапия:

- титреостатики (мерказолил)
- глюкокортикоиды (преднизолон)
- бета-блокаторы
- анаболические стероиды
- седативные
- витамины и препараты метаболического действия,
- препараты калия

5. Нетрудоспособна во время терапии до достижения эутиреоидного состояния (3-5 недель). Поддерживающая терапия амбулаторно — 1,5 — 2 года.

Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче по терапии

1. Анализ крови: Hb — 126 гл, ц.п. — 0,8, эр.-3,4 x 10¹²л, лейкоц.-6,8 x 10⁹л, СОЭ — 6 ммч.

2. Анализ мочи: уд.вес — 1024, реакция кислая, белок и сахар отсутствуют, лейкоц. — 3-4 в поле зрения.

3. Флюорография — без патологии.

4. Биохимия крови: холестерин — 3,2 ммольл, общий билирубин — 20,5, прямой — 15,0, непрямой — 4,9 мкмольл. АСТ — 25 ед, АЛТ — 14 ед. Натрий — 136,0 ммольл, калий — 4,2 ммольл, кальций — 2 ммольл. Сахар крови — 5,8 ммольл.

5. ЭКГ — синусовая тахикардия 122 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Неспецифические изменения миокарда.

6. УЗИ щитовидной железы: диффузное увеличение железы до II степени. Узлов нет.

7. Скенирование щитовидной железы: расположена обычно. Равномерно увеличена до II-III ст. «Горячих» и «холодных» узлов нет.

8. Радиометрия: захват йода щитовидной железой: через 2 часа-20% (N — 13%); через 4 часа-35% (N — 20%); через 24 часа-50% (N — до 40%)

9. Гормоны крови: Т3 и Т4 превышают нормальные значения в 1,5 раза, ТТГ — уровень снижен.

Задача 28

Больной С., 26 лет, токарь, жалуется на интенсивные боли режущего характера в эпигастрии с иррадиацией в спину. Боль возникает в 5 часов утра, после завтрака успокаивается, но спустя 2-2,5 часа вновь усиливается. Часто отмечаются рвоты натошак жидким желудочным содержимым с последующим ощущением «оскомины» на зубах.

Болеет 2 года. Дважды обследовался, лечился в гастроэнтерологическом отделении с кратковременным улучшением состояния на 5-8 месяцев.

В анамнезе — инфекционный гепатит в возрасте 4 лет, часто болеет ОРВИ. Отец страдает хроническим гастритом.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 58 кг. Кожные покровы влажные, холодные. Поверхностная болезненность кожи слева от I-III поясничных позвонков. Со стороны легких и сердца — данные без особенностей. Язык красный, склеры субиктеричны. Живот напряжен в эпигастрии под мечевидным отростком, здесь же определяется локальная болезненность, положителен симптом Менделя. Отрезки толстого кишечника безболезненны. Край печени выступает на 2 см, слегка уплотнен, безболезнен. Зона Шоффара нечувствительна. Селезенка не увеличена.

Задание к ситуационной задаче по терапии

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Рекомендуемое лечение на данном этапе.
4. Врачебная тактика по дальнейшему ведению больного.

Эталон ответов к ситуационной задаче по терапии

1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка с низкой локализацией язвы, осложненное течение: компенсированный стеноз пилорического отдела желудка, повышенное кислотообразование. Реактивный гепатит.

2. Обследование :

- анализ крови общий
- анализ мочи общий
- копрограмма
- флюорография

— анализ крови на общий белок и фракции, трансаминазы, билирубин, щелочную фосфатазу, холестерин, СРБ, сывороточное железо

- рентген желудка для оценки проходимости пилорического отдела желудка
- рН-метрия
- ФГДС с биопсией
- УЗИ органов брюшной полости

3. Дифференциальный диагноз:

- рак желудка
- туберкулез желудка и 12-перстной кишки

4. Лечение

- Стол I
- препараты, подавляющие агрессивные свойства желудочного сока
- блокаторы М-холинорецепторов
- блокаторы H₂-гистаминорецепторов
- омепразол
- антибактериальные препараты

— препараты , повышающие защитные св-ва слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (венгер , де-нол)

— белковые препараты , активные репаратанты (солкосерил) , анаболические гормоны, ГБО-терапия

Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога и хирурга.

Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче по терапии

1. Общий анализ крови: Нв — 160 гл, эр. — $3,5 \times 10^9$ л, ц.п. — 0,96, лейкоц. — $6,9 \times 10^9$ л, палочкоядерные — 3%, сегментоядерные — 58%, лимфоциты — 35%, моноциты — 4%, СОЭ — 3 ммч.
2. Анализ мочи без патологии.
3. Сахар крови — 6,2 ммольл.
4. Копрограмма — кровь не обнаружена.
5. Рентгеноскопия желудка: пищевод проходим. В желудке натошак гиперсекреторный слой жидкости, гиперсегментирующая перистальтика. Кратковременная задержка бария у привратника с последующим быстрым продвижением бария по привратнику. Гипермобильность луковицы двенадцатиперстной кишки. Через 45 минут в желудке 23 дозы бария.
6. ФГДС — пищевод не изменен. Кардия смыкается. В желудке большое количество жидкости и слизи. Складки слизистой четко не прослеживаются. Проведение зонда через антральный отдел желудка затруднено. Луковица двенадцатиперстной кишки без видимой патологии.
7. Де-нол — тест положительный.
8. РН — метрия желудочного содержимого: содержимое натошак в корпусном и антральном отделах кислой реакции. В базальной и стимулированной фракциях отмечается непрерывное кислотообразование: рН в корпусном отделе 1,4-1,3; рН в антральном отделе 1,2-1,3; отмечается декомпенсированное слизееобразование.
9. Флюорография — без патологии.
10. Биохимия крови: холестерин — 7,2 ммольл, общий билирубин -28,6, прямой — 22,2, непрямой — 6,4 мкмольл. АСТ — 66 ед, АЛТ — 84 ед. Сывороточное железо — 38 мкмольл. СРБ (+).
11. ЭКГ — синусовый ритм 76 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Патологии нет.