

Документ подписан в электронной форме. Акт приема-передачи
Сертификат: 01547EP30857AF50004B4390094B76C784
Владелец: "АНО ВО «РОССИЙСКИЙ НОВЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»; АН
Действителен: с 28.02.2023 по 28.05.2024

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ НОВЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(АНО ВО «РОССИЙСКИЙ НОВЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»)**



Проректор по качеству образования и аккредитации

АНО ВО «РосНОУ»

И.В. Дарда

«09» ноября 2023г.

СБОРНИК ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

ПМ.02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности

МДК 02.01 Диагностика и лечение внутренних заболеваний

для обучающихся по специальности

31.02.01 Лечебное дело

Москва 2023 г.

Часть 1

Задача № 1.

В поликлинику обратился больной 62 лет с жалобами на одышку при физической нагрузке последние 5 лет. Других жалоб нет. При обследовании врач обнаружил понижение эластичности грудной клетки, равномерное ослабление голосового дрожания с обеих сторон. Форма грудной клетки напоминает бочкообразную.

1. В каком случае могут быть получены подобные данные?
2. Укажите характер одышки при данном синдроме.
3. Перечислите виды одышки.
4. Что такое голосовое дрожание?
5. Перечислите патологические формы грудной клетки.

Задача № 2.

В отделение поступил больной С., 28 лет в связи с сильными болями в правой половине грудной клетки, усиливающимися при глубоком вдохе, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,2 гр.С. Больной лежит на правом боку. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания.

1. Какова наиболее вероятная локализация патологического процесса?
2. Как изменится голосовое дрожание над патологическим процессом в легком?
3. Назовите виды одышки?
4. Назовите причины усиления голосового дрожания.
5. Что можно выявить методом пальпации грудной клетки?

Задача № 3.

В отделение поступил больной Г., 70 лет. Жалобы на выраженную одышку в покое. Больной сидит в постели, оперевшись руками. Отмечается значительный диффузный цианоз. Дыхание шумное, стридорозное, слышно на расстоянии. Затруднен вдох и выдох.

1. Какова наиболее вероятная причина dyspное?
2. Что подразумевают под стридорозным дыханием.
3. О чем свидетельствует центральный цианоз?
4. Как называется одышка с затрудненным вдохом и выдохом?
5. Что можно определить с помощью пальпации грудной клетки?

Задача № 4.

В отделение поступил больной М., 56 лет. Жалобы на кашель с выделением мокроты с неприятным запахом (около 300 мл в сутки). Кашель усиливается в положении лежа на правом боку. При осмотре выявлены положительные симптомы «барабанных пальцев» и «часовых стекол». Из анамнеза жизни: перенес дважды тяжелую левостороннюю пневмонию.

1. Какова наиболее вероятная причина заболевания?
2. Почему у больного усиливается кашель в положении на правом боку?
3. Как объяснить симптомы «барабанных пальцев» и «часовых стекол»?
4. На уровне какого ребра спереди проходит граница между верхней и средней долей правого легкого?
5. Как объяснить неприятный запах мокроты?

Задача № 5.

У больного правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание до 3 ребра усилено, перкуторный звук – притуплено – тимпанический, ниже 3 ребра – голосовое дрожание не определяется, при перкуссии звук тупой.

1. О каком патологическом синдроме идет речь?
2. Дайте физическую характеристику тупому перкуторному звуку.
3. Какую перкуссию используют при проведении сравнительной перкуссии легких?
4. Перечислите разновидности перкуссии.
5. Для каких целей применяется сравнительная перкуссия легких?

Задача № 6.

Жалобы: кашель со слизисто-гнойной мокротой, инспираторная одышка, повышение температуры до фебрильных цифр.

Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания.

Пальпация: голосовое дрожание усилено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука. Перкуторно границы легких не изменены. Ограничение подвижности нижнего края правого легкого при экскурсии легких.

1. Укажите предполагаемый синдром?
2. Укажите цели топографической перкуссии.
3. В каких случаях врач определит смещение верхних границ легких вверх и увеличение полей Кренига?
4. Чем определяется степень притупления перкуторного звука?

5. Где отмечается граница легкого при задержке дыхания на высоте глубокого вдоха?

Задача № 7.

Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в дыхании, некоторое западение левой половины грудной клетки.

Пальпация: голосовое дрожание ослаблено. Перкуссия: притупление перкуторного звука.

1. О каком патологическом синдроме надо думать?
2. Когда происходит сужение полей Кренига? Приведите примеры.
3. Укажите цели сравнительной перкуссии.
4. Какая (по силе удара) перкуссия применяется при определении верхушек легких?
5. Где отмечается граница легкого при задержке дыхания после максимального выдоха?

Задача № 8.

При осмотре больного выявлено следующее: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки в правой подмышечной области сглажены. Голосовое дрожание справа ниже 7 ребра между передней-подмышечной и лопаточной линиями не проводится. Перкуторный звук тимпанический. При аускультации дыхание в зоне тимпанического звука не проводится. Побочных дыхательных шумов нет.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?
2. Перечислите побочные дыхательные шумы.
3. Как изменится перкуторный звук над зоной тимпанического звука? Почему?
4. Дайте характеристику везикулярному дыханию.
5. Где образуется везикулярное дыхание?

Задача № 10.

В отделение поступил больной С., 49 лет. Жалуется на приступы удушья, кашель с небольшим отделением вязкой стекловидной мокроты. При осмотре: состояние тяжелое, положение вынужденное. Грудная клетка эмфизематозная. Экспираторная одышка. Анализ мокроты: Количество: 15 мл; Цвет: бесцветная, прозрачная. Консистенция: густая, очень вязкая. Характер: слизистая. Запах - нет. Микроскопическое исследование: большое количество эозинофилов, видны кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. БК не обнаружено.

1. О каком: заболевании идет речь?
2. Что такое спирали Куршмана?
3. Что такое кристаллы Шарко-Лейдена?
4. Перечислите физические свойства мокроты.
5. Как называется форма грудной клетки у больного?

Задача № 11.

Анализ мокроты: Количество: 150 мл; Цвет: желтая; Консистенция: полужидкая; Характер: гнойная; Запах: гнилостный.

Микроскопическое исследование: большое количество лейкоцитов (преимущественно нейтрофилы), видны эластические волокна.

БК не обнаружено.

Бак. посев: - стафилококки более 10^6 м.к./мл

1. Для какого заболевания характерен данный анализ мокроты?
2. С какой целью проводится рентгенологическое исследование легких?
3. О чем свидетельствуют эластические волокна в мокроте?
4. При каких заболеваниях легких встречаются эластические волокна в мокроте?
5. Что понимают под дыхательным объемом (ДО)?

Задача № 12.

Анализ мокроты: Количество: 20 мл; Цвет: кровянистый; «малиновое желе». Консистенция: вязкая; Характер: слизистая; Запах: нет.

Микроскопическое исследование: большое количество эритроцитов, лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения, также видно множество крупных клеток необычной уродливой формы с несколькими ядрами, видно небольшое количество эластических волокон.

БК не обнаружено.

1. Для какого заболевания характерен данный анализ мокроты, как называются крупные многоядерные клетки?
2. Назовите эндоскопические методы, применяемые в пульмонологии.
3. Возможности этих методов?
4. Перечислите основные спирографические показатели
5. Как располагаются границы притупления перкуторного звука при гидротораксе?

Задача № 13.

Осмотр сердца: Верхушечный толчок хорошо виден на глаз, усиленный, разлитой, смещен до передней аксиллярной линии.

Пальпация: Верхушечный толчок в VI межреберье по передней аксиллярной линии, разлитой, усиленный. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не выявляется.

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Что такое разлитой верхушечный толчок?
3. Имеется ли в данном случае дилатация правого желудочка?
4. Как определяется усиление верхушечного толчка?
5. Имеется ли в данном случае гипертрофия правого желудочка?

Задача № 14.

Осмотр сердца: видны на глаз сердечный толчок и эпигастральная пульсация. Верхушечный толчок не определяется.

Пальпация: Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, обычный. В области абсолютной сердечной тупости сердца и эпигастрии определяется усиленная и разлитая пульсация.

1. Признаки какого синдрома имеются у больного?
2. Имеется ли дилатация левого желудочка?
3. Имеется ли у больного сердечный толчок?
4. Имеется ли у больного сердечный горб?
5. Предполагается ли у больного увеличение печени?

Задача № 15.

При профосмотре у пациента зарегистрировано АД 190/110 мм.рт.ст.

Анамнез: высокое АД около 10 лет, при этом пациент не разу не обследовался, регулярно медикаментов не принимал. Самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Переносимость физической нагрузки хорошая.

Что можно получить при обследовании верхушечного толчка?

1. Локализация
2. Резистентность
3. Сила
4. Ширина
5. Характер

Задача № 16.

Больной С., 36 лет, шофер. Жалуется на кислую отрыжку, изжогу, чувство давления в подложечной области через 20-30 минут после еды, боли чаще возникают при приеме острой, грубой пищи. Объективно язык влажный, у корня обложен серовато-белым налетом. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастральной области.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Как называются боли через 20-30 минут после еды?
3. Что такое отрыжка?
4. Причины возникновения изжоги?
5. С какой целью проводят поверхностную пальпацию?

Задача № 17.

Больной К, 26 лет, слесарь. Поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастрии через 2-3 часа после еды, ночные боли, успокаивающиеся после приема соды, мучительную изжогу, отрыжку, запор. В анамнезе злоупотребление алкоголем, много курит, не соблюдает режим питания. При обследовании отмечена болезненность в эпигастрии, больше справа с незначительным мышечным напряжением в этой зоне.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Как называются боли через 2-3 часа после еды?
3. Назовите факторы риска данного заболевания?
4. Что такое изжога?
5. Объясните механизм боли при данном заболевании?

Задача № 18.

Больная В. 45 лет, вызвала врача "скорой помощи" по поводу интенсивной боли вначале по всему животу, а затем локализовавшейся в правом подреберье. Боль иррадирует в правое плечо и область правой лопатки. Кроме того, больную беспокоит тошнота, наблюдались двукратная рвота, вздутие живота. Раньше подобных явлений не было. Боль возникла 2 часа назад после езды на машине по неровной дороге. По рекомендации соседки приняла 2 таблетки но-шпы. Интенсивность боли несколько уменьшилась, но спустя некоторое время вновь усилилась, появилась моча темного цвета.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,8° С. Подкожно-жировой слой развит чрезмерно, кожа бледная. Язык суховатый, обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в

области правого подреберья и эпигастральной области. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено

1. О каком заболевании можно думать?
2. Каковы основные факторы риска развития данной патологии?
3. Чем объяснить характерную иррадиацию?
4. Какие изменения со стороны кала будут иметь место при данной патологии?
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?

Задача № 19.

Больной Г., 34 лет с лечебной целью проведено переливание крови. После чего появилась желтуха. При осмотре кожные покровы с лимонным оттенком. кожного зуда, геморрагических высыпаний нет. Печень при пальпации безболезненна, не увеличена. Селезенка пальпируется из-под края левой реберной дуги.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие виды желтух вам известны?
3. Какой цвет кожных покровов характерен для других видов желтух?
4. Как отличить истинную желтуху от ложной?
5. Как изменится цвет кала и мочи при данной желтухе?

Задача № 20.

Больной Б., 55 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на прогрессирующее похудание в течение последних 5 лет на 15 кг, неоформленный обильный стул с остатками непереваренной пищи и капельками жира 3-4 раза в день, вздутие живота.

С 40 лет на протяжении пяти лет у пациента возникали приступы интенсивных болей в животе, сопровождающиеся рвотой, со временем интенсивность болей стала угасать. С 20 летнего возраста регулярно принимает спиртные напитки в большом количестве.

При осмотре: пониженного питания. Кожные покровы сухие, тургор снижен.

Копрологическое исследование: каловые массы серовато-желтого цвета, неоформленные, мягкой неоднородной консистенции, реакция на стеркобилин – положительная, мышечные волокна, сохранившие исчерченность, нейтральный жир, жирные кислоты, мыла, крахмал.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Укажите основные методы исследования, которые необходимы для подтверждения диагноза.

3. Как называется наличие крахмала в кале?
4. Как называется наличие жира в кале?
5. Как называется наличие непереваренных мышечных волокон?

Задача 21.

У больного выявлены симптомы сахарного диабета.

- А) Перечислите жалобы больного.
- Б) Назовите характерные изменения в крови и моче.
- В) Какие цифры глюкозы в крови характерны для здорового человека?

Задача 22.

При пальпации живота определяем нижний полюс селезёнки у края реберной дуги.

- А) В каком положении больного лучше пальпировать селезенку?
- Б) Пальпируется ли селезенка в норме?
- В) Можно ли считать, что у данного больного селезенка увеличена?

Задача 23.

Проводится обследование гематологического больного.

- А) Какие жалобы наиболее характерны для такого больного?
- Б) Опишите данные общего осмотра.
- В) Что можно выявить при осмотре полости рта?

Задача 24.

У больного с заболеванием почек отмечаются отеки.

- А) Объясните, почему почечные отеки появляются вначале на лице и на веках.
- Б) Отличите по внешним признакам почечные и сердечные отеки.

Задача 25.

Проводится исследование здорового человека и больного с патологией почек.

- А) Укажите положение больного.
- Б) Можно ли пальпировать почки у здорового человека?
- В) Перечислите признаки, подтверждающие, что прощупываемое образование является почкой.
- Г) Назовите 3 степени опущения почек.

Задача 26.

При исследовании больного у врача возникло предположение о наличии скрытых отеков.

А) Укажите, какими методами можно подтвердить указанное предположение.

Б) Опишите волдырную пробу Мак Клюора-Олдрича и дайте ее оценку.

Задача 27.

Проводится исследование мочи здоровых лиц и больных с различной патологией.

А) Перечислите все вещества, обуславливающие цвет мочи у здорового человека.

Б) Объясните, когда появляется почти бесцветная моча, бледная моча, моча насыщенного цвета, цвета пива или крепкого чая, молочно-белая моча, цвета «мясных помоев», почти черная моча

В) Перечислите лекарственные вещества, изменяющие цвет мочи.

Задача 28.

Больной за сутки выделяет 3500 мл мочи, причём днём – 1000 мл, а в ночное время – 2500 мл.

А) Дайте оценку количеству суточной мочи и назовите этот симптом.

Б) Укажите нормальное соотношение дневного и ночного количества мочи. Дайте его оценку у больного.

В) Дайте определение понятию «суточный диурез».

Задача 29.

Проводится исследование печени.

А) Какие методы позволяют определить размеры печени?

Б) Назовите размеры печени по Курлову у здорового человека.

В) Как отличит увеличение печени от её опущения.

Задача 30.

При осмотре больного с заболеванием печени выявлено увеличение размеров живота.

А) С чем может быть связано это увеличение?

Б) Как называется симптом наличия расширенной венозной сети на передней поверхности брюшной стенки?

Задача 31.

У больного отмечается увеличение живота.

А) Какие возможные причины проявления данного симптома?

Б) Назовите метод, который наиболее важен для уточнения характера увеличения живота.

В) Опишите, как отличить асцит от метеоризма.

Задача 32.

Больной обратился к врачу с жалобами, характерными для заболевания желудочно-кишечного тракта.

А) какие основные методы исследования необходимо применить для выявления характера заболевания?

Б) Объясните, в каких положениях больного следует проводить пальпацию живота и почему.

Задача 33.

У больного при обострении хронического процесса наблюдаются боли в животе опоясывающего характера, частый обильный стул, метеоризм. При микроскопии кала выявлены непереваренные и слабо переваренные мышечные волокна, много нейтрального жира.

А) При функциональной недостаточности какого органа встречаются указанные нарушения?

Б) Назовите термины, характеризующие появление в каловых массах непереваренных мышечных волокон и жира.

В) При таких состояниях иногда отмечается глюкозурия. Как её можно объяснить?

Задача 34.

Больной жалуется на упорные запоры. Каловые массы выделяются в виде небольших плотных комочков («овечий кал»).

А) Уточните, о каком виде запора идет речь, и при каких состояниях он имеет место. Перечислите причины его появления.

Б) Какой вид запора характеризуется выделением плотных объемистых колбасовидных фекальных масс.

Задача 35.

У больного заболевание сердца, осложнённое сердечно-сосудистой недостаточностью. Лицо одутловатое, синюшное, глаза слезятся, рот полуоткрыт, выраженная одышка в покое, анасарка.

- А) Дайте оценку общего состояния больного.
- Б) Какое он занимает положение?
- В) Как называется описанное лицо?
- Г) Поясните понятие «анасарка».

Диагностика внутренних болезней

Задача 1

Больной Ж., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на слабость, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гноющей мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,4°C. 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 и 60 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 2

Вы работаете на ФАПе. Вызваны на дом к женщине 46 лет. Её беспокоит подъем температуры до 39,6°, боль в правом боку на вдохе, усиливающаяся при кашле, одышка в покое. Заболела три дня назад. После сильного переохлаждения отмечала потрясающий озноб, повышение температуры до 39-40°C, одышку, со вчерашнего дня появились боли в грудной клетке, кашель с отделением ржавой мокроты.

Объективно: состояние тяжелое, цианоз носогубного треугольника. Температура 39°C, пульс 98 в мин., слабый. АД 90 и 60 мм рт ст. Число дыханий 38 в мин. Перкуторно справа ниже угла лопатки - значительное притупление, при аускультации здесь же дыхание бронхиальное, выслушиваются крепитация и шум трения плевры.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные обследования для подтверждения диагноза.

Задача 3

Больной Б., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад.

Болен в течение 5 лет, обострения в осенне-весенний период. Курит в течение 20 лет.

Объективно: температура 37,5°C. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются сухие хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120 и 80 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

Задача 4

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

Объективно: температура 39,4°C. Общее состояние тяжелое. ЧДД - 28 в мин. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, голосовое дрожание справа усиленно, при перкуссии справа над нижней долей притупление, дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный. АД 110 и 70 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 5

Бригада «Скорой помощи» вызвана на дом к женщине 30 лет, которая жалуется на повышение температуры до 39°C в течение 5 дней, слабость, потливость, боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку.

Объективно: пациентка из-за одышки вынуждена сидеть. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, здесь же резко ослаблено голосовое дрожание. Перкуторный звук резко укорочен. При аускультации справа в средних отделах лёгкого выслушивается резко ослабленное дыхание, а в нижних отделах дыхание не определяется. Пульс 110 ударов в мин. АД 90 и 60 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 6

Вы работаете на ФАПе. Обращается пациент 42 лет с жалобами на одышку при небольшой физической работе, сердцебиение, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, в ногах. В анамнезе – частые ангины.

Объективно: бледен, губы несколько цианотичны. Температура 36,6°C. В лёгких в нижних отделах выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД 24 в мин. Перкуторно левая граница сердца смещена кнаружи на 1,5-2 см. При аускультации I тон на верхушке ослаблен, систолический шум. Пульс 90 в мин. АД 100 и 70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из под реберной дуги на 1-1,5 см. Отеки на стопах, голенях.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных последствиях данного заболевания.

Задача 7

Фельдшера вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 часа назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110 и 70 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 8

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 39°C, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 39°C. Общее состояние средней тяжести. Припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115 и 60 мм рт.ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 9

Больная К., 68 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: Акроцианоз, отеки на стопах и голенях. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Печень выступает из - под края реберной дуги на 4 см, слабоболезненная.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 10

Больной А., 38 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на боли в животе, возникающие через 30 минут после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период. Курит в течение 20 лет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 11

Вы работаете на ФАПе. Обращается пациент 35 лет с жалобами на боль в эпигастральной области натощак, в ночное время, через 2 часа после еды. Боль купируется приемом пищи (молоко с содой). На высоте болей иногда возникает рвота кислым содержимым, приносящая облегчение. Болен несколько лет.

Объективно: язык у корня обложен беловатым налетом, влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Стул - склонность к запорам.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
1. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
2. Расскажите о возможных осложнениях при данной патологии.

Задача 12

Больной О., 32 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Appetit сохранен. Больным считает себя в течение 3-х лет. Много лет курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. 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.

Задача 13

Больная Д., 45 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жидкий стул (4-5 раз в сутки), испражнения обильные, водянистые, с примесью слизи. Жалобы на тенезмы, боли в нижней части живота, вокруг пупка. В анамнезе 2 года назад перенесла сальмонеллёз.

Объективно: Субфебрильная температура тела. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот болезненный при пальпации в подвздошных областях. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 14

Больная Н., 32-года, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38°C. Общее состояние средней тяжести. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ЧСС 92 в мин., АД 120 и 80 мм рт ст. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 15

Больной Н., 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 37,7°C. 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 уд. в мин., ритмичный, напряженный. АД 165 и 100 мм рт ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 16

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 42 лет. Жалобы на постоянную головную боль, отсутствие аппетита, постоянную тошноту, периодическую рвоту, понос, общую резкую слабость. Впервые заболела 8 лет назад, получала стационарное лечение. Во время обострения, со слов больной, были отеки на лице, на ногах, повышалось АД. Были изменения в моче. Хуже стало 10 дней назад. Усилились головные боли, появилась тошнота, рвота, понос.

Объективно: температура 37,3°C. Общее состояние тяжелое, лицо одутловатое. Резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая, изо рта запах аммиака. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 76 в мин., напряженный. АД 170 и 100 мм рт ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастральной области.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

Задача 17

Женщина 50 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 37°C, рези при мочеиспускании, выделение мутной мочи. Подобные симптомы появляются периодически в течение пяти лет.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких везикулярное дыхание. ЧДД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 ударов в минуту. АД 120 и 80 мм рт ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в надлобковой области. Отёков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 18

Вы работаете на ФАПе. К вам обращается женщина 32-х лет с жалобами на сердцебиение, чувство жара, потливость, мышечную слабость, снижение массы тела, несмотря на повышенный аппетит, чувство внутренней дрожи, раздражительность, бессонницу.

Объективно: больная возбуждена, плаксива. Питание понижено. Кожные покровы влажные. Экзофтальм. Изменение формы шеи. Температура 37,3°. Тоны сердца громкие, аритмичные. Пульс 92 удара в мин. АД 140 и 60 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данном заболевании.

Задача 19

Больная Т., 67 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, сухость во рту, кожный зуд в области промежности, обильное выделение мочи, слабость. Подобные жалобы выявились 3 месяца назад.

Объективно: температура 36,6°. Рост 160см, масса тела 92кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, видны следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 140 и 90 мм рт ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 20

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: 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 и 60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 21

Больная И., 37 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на общую слабость, головные боли, головокружения при наклоне вниз, снижение аппетита, иногда колющие боли в сердце без иррадиации. В анамнезе хронический гастрит с гипосекрецией, обильные менструации по 5-7 дней.

Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Язык обложен белым налётом. Волосы тусклые, секутся. Ногти ломкие. Дыхание везикулярное. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Печень и селезёнка не пальпируются.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 22

Больной А., 60 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на боль в правом коленном суставе, возникающую при нагрузке на сустав, больше к вечеру, затихают в покое, ночью, «стартовые боли».

Объективно: состояние удовлетворительное. Имеется болезненность, припухлость, деформация правого коленного сустава. При движении сустава определяется крепитация, ограничение подвижности. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД 130 и 80 мм рт. ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 23

У пациента с диагнозом брюшной тиф на 19-й день болезни появились резкая слабость, головокружение, шум в ушах, температура тела 35,5°C, лицо бледное, пульс 120 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения, кал чёрный.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий мед.работника.

Задача 24

Больная Р., 18 лет, поступила в больницу в связи с тем, что мать заметила у дочери желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает.

Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болела. Никаких парентеральных вмешательств в течение полгода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии.

Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АЛАТ - 4,0 мкмоль/час/л, тимоловая проба - 19 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.

Задача 25

Больной К., 13 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клиничко-лабораторного обследования в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника. Со слов больного, в крови нашли «какие-то» изменения, что и послужило основанием для направления в стационар.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 5-7 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не видел.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.

Задача 26

Больная У., 20 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ (ринофарингит) в течение 4 дней. В последние 2 дня температура тела нормализовалась, однако самочувствие ухудшилось - пропал аппетит, появилась выраженная слабость, тупая боль в правом подреберье. При расспросе удалось выявить, что цвет мочи стал несколько темнее.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза.

Задача 27

Больной С., 35 лет, продавец магазина. С 1 марта находилась в терапевтическом отделении ГБ по поводу обострения ревматоидного артрита. В связи с появлением желтухи 13 марта переведена в инфекционное отделение с диагнозом: Гепатит. В контакте с желтушными больными не была.

При поступлении отмечается интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Аппетит понижен, язык обложен, живот мягкий, печень +5,0 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки, поташнивает. Температура нормальная. Пульс 56/мин., ритмичный, АД-100/60 мм рт.ст., спит плохо из-за зуда кожи.

В анализах крови: L - $4,2 \cdot 10^9$ /л, формула без особенностей, СОЭ - 8 мм/час; билирубин общий -180 мкмоль/л, прямой билирубин -100 мкмоль/л, сулемовая проба -1,9, тимоловая проба -2,5 ед, холестерин крови - 6,76 мкмоль/час/л, АлАТ - 5,5 мкмоль/час/л.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза?

Задача 28

Больной Х., 46 лет, оперирован в начале октября 2011 г. по поводу язвенной болезни 12ти-перстной кишки. До и после операции переливалась кровь, всего перелито 1300 мл. В контакте с желтушными больными не был. 28.11.11 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11.11 г. потемнела моча, со 2.12.11 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу с диагнозом: Вирусный гепатит.

При поступлении: вялый, адинамичный, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2,0 см, болезненна, селезенка не увеличена. Температуратела нормальная, пульс 64/мин., L - $7,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час, билирубин общий - 300 мкмоль/л, его прямая фракция - 250 мкмоль/л, АлАТ - 6,2 мкмоль/час/л (норма до 0,7 мкмоль/час/л), сулемовая проба -1,2 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

2. План лабораторного обследования.

3. Развитие какого осложнения возможно?

Задача 29

Больной Д., 42 лет, в инфекционную клинику поступил на 7-ой день болезни с подозрением на тифо-паратифозное заболевание. Заболел остро с выраженной интоксикации и повышения температуры тела с ознобом. Самостоятельное лечение жаропонижающими средствами выраженного эффекта не дало. Госпитализирован. При наблюдении в динамике отмечались лихорадка постоянного типа, интенсивная головная боль диффузного характера, бессонница, шум в ушах, потеря аппетита. На 6-ой день болезни на

боковых стенках живота появилась обильная полиморфная розеолезно-петехиальная сыпь. Наблюдались тахикардия, гипотония, гепатоспленомегалия, тремор кончика языка.

РСК с антигеном Провачека в динамике -1:160-1:640.

Из анамнеза: подобное заболевание наблюдалось около 20 лет назад.

Предположительный диагноз и его обоснование.

Укажите наиболее достоверный метод, подтверждающий диагноз.

Назначьте этиотропную терапию.

Как произошло заражение в данном случае при отсутствии педикулеза?

Каков прогноз в данном случае?

Задача 30

Больной О., 37 лет, прибыл из Центральной Африки, где находился в командировке в течение 2 месяцев. Через 3 дня после возвращения ночью почувствовал потрясающий озноб с повышением температуры тела до 40,5°C, резкую головную боль, затем жар и проливной пот. Следующие 3 дня сохранялся субфебрилитет. На 4-ый день заболевания ночью вновь наблюдался потрясающий озноб, лихорадка до 40°C, проливной пот.

При осмотре врачом скорой помощи: кожные покровы чистые, выраженный гипергидроз, температура тела 39,2°C. ЧСС - 100/мин., АД - 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка увеличены. Диурез достаточный.

Ваш диагноз и его обоснование.

Какой вид возбудителя Вы ожидаете идентифицировать при специфическом обследовании и почему?

Укажите переносчика инфекции при данном заболевании.

Укажите механизм передачи инфекции при данном заболевании.

Задача 31

Больная О., 11 лет, поступила на 2 день болезни с жалобами на повышение t до 39°C, головную боль, однократную рвоту, вялость. За два дня до заболевания девочку укусил клещ. При поступлении состояние тяжелое, вялость, слабость, фебрильная температура, отказ от еды. Кожные покровы чисты, бледные, гиперемия лица, шеи. В зеве умеренная гиперемия дужек и миндалин, зернистость задней стенки глотки, инъекция сосудов склер. Лимфаденопатия. С 2-го дня лечения – сонливость, t 39,4°C, боль в пояснице, повторная рвота, в местах инъекций подкожные кровоизлияния, на коже груди и плечевого пояса – единичные петехиальные элементы, точечные кровоизлияния на слизистой мягкого неба, положительный симптом «щипка»,

носовое кровотечение. АД – 90/60 мм рт. ст. ЧСС – 102 уд/мин. Общий анализ крови – RBC – $3,06 \times 10^{12}$ /л, HGB – 90 г/л, PLT – 60×10^9 /л, WBC – до $1,4 \times 10^9$ /л, NEUT – 76% (П – 17%, С – 53%, Ю – 6%), LYM – 22%, MON – 2%. Гемостазиограмма: агрегация тромбоцитов с АДФ 23% (N-50-80%), с адреналином 22% (N-50-80%), с ристомидином – 20% (N-50-80%); рекальцификация плазмы 220 сек (N95-115 сек); АВР 110 сек (N-50-70 сек), АЧТВ – 55 сек (N-35-45 сек), тромбиновое время 50 сек (N – 12-20 сек); фибриноген 3,0 г/л, РКФМ $6,0 \times 10^9$ /л (N-3-4x10⁹ /л), Методом ПЦР в крови на 3 день болезни обнаружена РНК ККГЛ.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Какие синдромы свидетельствуют о данном заболевании? 2. Назовите свойства и особенности экологии возбудителя. 3. Укажите эпидемиологические особенности данного заболевания. 4. Объясните механизмы формирования нарушения гемостаза при этой инфекции. 5. Оцените лабораторные данные, и предложите методы для подтверждения диагноза.

Задача 32

При выполнении лабораторных исследований в клиничко-диагностической лаборатории сыворотка крови попала на открытый участок кожи лаборанта.

Задание

1. Расскажите, какими инфекционными заболеваниями может заразиться лаборант. Назовите пути передачи ВИЧ-инфекции и какой путь является приоритетным при данной ситуации.

2. Составьте план действий медицинского работника по профилактике заболевания ВИЧ-инфекций при контакте с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного пациента.

3. Продемонстрируйте технику обработки рук при попадании на них биологических жидкостей пациента.

Задача 33

В приемный покой больницы за медицинской помощью обратился пациент. Из анамнеза стало известно, что больной инфицирован ВИЧ.

Задания

1. Перечислите, к каким категориям лиц, называемым «группой риска», может иметь отношение пациент, и почему их так называют.

2. Назовите элементы специальной одежды медицинского персонала, работающего в режиме возможного контакта с кровью и другими биологическими жидкостями пациента.

3. Перечислите состав аварийной СПИД-аптечки.

Задача 34

Больная М. 7 лет, заболела остро с явлением ОРЗ. На третий день появились головная боль, многократная рвота, развилась неадекватность в поведении – не ориентируется в пространстве и времени, не узнает близких. При осмотре: температура 39,30С, без сознания, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского положительные. На коже туловища, рук, ног имеется разнокалиберная с неровными краями геморрагическая сыпь.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальная диагностика.

Задача 35

Вызов бригады СМП к пациенту Н., 27 лет. Вызов поступил с улицы. Пациент предъявляет жалобы на головную боль, тошноту, однократную рвоту, головокружение, общую резкую слабость, кратковременную потерю сознания. При расспросе выявлено, что пациент в этот день выпил 200 мл алкоголя, был избит неизвестными, потерял сознание на улице и очнулся только перед приездом бригады скорой помощи.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание сохранено, возбужден. Кожные покровы бледные, влажные. При осмотре головы и туловища отмечаются множественные следы ушибов. ЧДД 22 в минуту. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 уд./мин. АД 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус: ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Зрачки округлой формы, D = S, реакция на свет сохранена. Отмечается горизонтальный нистагм при взгляде в стороны. Парезов нет. Сухожильные рефлексы на руках и ногах повышены, зоны рефлексов расширены. Определяется симптом Бабинского слева. Координаторно-мозжечковые пробы выполняет с двух сторон. Тремора нет. Определяется гиперестезия болевой чувствительности по гемитипу слева.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактикуфельдшера по ведению пациента.
4. Назовите дополнительные методы диагностики.

Задание 36

Пациент 34 лет обратился на ФП. Жалуется на частые головные боли, больше в затылочной области, иногда тошноту, рвоту, частые

головокружения, потерю равновесия, изменилась речь. Болеет в течение 4-х месяцев.

Объективно: Речь скандированная, почерк неровный. Нистагм при взгляде в обе стороны. Неустойчив в позе Ромберга. Атаксия при выполнении коленно-пяточной и пальце-носовой проб.

Выполните задания:

1. Проведите дифференциальную диагностику возможных состояний.
2. Расскажите о тактике фельдшера, к которому обратился пациент.
3. Назовите исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Сформулируйте ответ на вопрос пациента: «Скажите, а мне не надо будет делать операцию?»

Задание 37

Больная Б., 19 лет, находится в психиатрическом отделении. Анамнез: со слов матери сестра отца страдает психическим заболеванием. Девочка родилась в срок, росла и развивалась правильно. В школе училась хорошо, поступила в институт, имела подруг. Год тому назад появились головные боли, бессонница, стала труднее усваивать учебный материал. Стала меньше интересоваться окружающим, начала тяготиться обществом друзей. Казалось, что окружающие на неё подозрительно смотрят, посмеиваются. С большим трудом заставляла себя выходить из дома, но в институт не ходила, бесцельно бродила по улицам. Постепенно вялость, безразличие нарастали, лежала в постели, не умывалась, не причесывалась. Стала грубой и злобной по отношению к близким. Физическое состояние без патологии. Психическое состояние: в отделении спокойна, в контакт вступает неохотно. На вопросы отвечает односложно. Говорит, что слышит голоса, которые её окликают по имени, недовольна пребыванием в больнице. Считает себя психически здоровой. Неряшлива, непричесана, с окружающими не общается, бесцельно бродит по коридору или лежит в постели. Планов на будущее нет.

Задания

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Кратко обоснуйте диагноз и дайте возможный прогноз.
3. Опишите основные тактические приемы по обеспечению безопасности больного и окружающих при возникновении психомоторного возбуждения у психически больного.

Задача 38

К фельдшеру обратился мужчина 32 лет, с жалобами на сильный кожный зуд, появление волдырей по всему телу. Заболевание связывает с употреблением рыбы. Болен 2-й день.

Объективно: температура 37,1⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа гиперемированная, по всей поверхности тела определяется волдырная сыпь разного размера, возвышающаяся над поверхностью кожи. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения

Задача 39

На прием к врачу-дерматологу обратился мужчина, 35 лет, с жалобами на мокнущие высыпания в углах рта. Отделяемое гнойное, иногда с геморрагическим компонентом, подсыхает в тонкую серозную или серозно-гнойную корку, которая отпадает через несколько дней. Заболевание сопровождается чувством зуда, болезненностью при приеме пищи. Из анамнеза известно, что больной в течение нескольких лет страдает сахарным диабетом.



Вопросы:

1. Диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Проведите обследование данного пациента.
4. Лечение.
5. Прогноз.

Задача 40

Пациент Ш., 14 лет, поступил с жалобами: на высыпания на коже лица, шеи. Anamnesis morbi: Считает себя больным в течение 1,5 месяцев, когда впервые появилось пятно на левой щеке, постепенно увеличивалось в размере. Самостоятельно не лечился, обратился в Большереченскую ЦРБ, назначено лечение: мазь «Акридерм», 5% настойка йода, без эффекта. Постепенно высыпания распространились на другие участки кожного покрова. 18.01.2011г. обратился к дерматологу п/о №1, направлен на стационарное лечение в инфекционное отделение БУЗ ОО «ККВД». Эпид. анамнез: Семья из 4 человек:– мать•бабушка•сестра. Домашние животные: овцы, коровы, свиньи (осмотрены ветеринаром). Anamnesis vitae: Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Операций, гемотрансфузий не было. Травмы: перелом левого предплечья в 2000г. Соматически: не обследован. Наследственность не отягощена. Материально-бытовые условия

удовлетворительные. Ученик 8 класса. Курит. Употребление наркотиков, алкоголя отрицает. Status praesens: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Питание достаточное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 76 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Следов от внутривенных инъекций нет. Status localis: Патологический процесс локализованный. На коже правой щеки, с переходом на шею, расположены 8 очагов, размерами от 7,5*8 см до 2,5* 1 см в диаметре, резко ограниченные, в пределах которых кожа гиперемирована, инфильтрирована, очаги несколько возвышаются над уровнем окружающей кожи, по периферии выражен воспалительный валик. На поверхности определяются единичные пустулы, импетигиозные корочки, крупнопластинчатые чешуйки. Аналогичный очаг на коже правого плеча. Люминесценция отрицательная.

Вопросы:

1. поставьте диагноз
2. какие исследования необходимы для подтверждения диагноза

Часть 2

Задача № 1

Больной Г. 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 3 дня назад.

Объективно: температура – 38,6°C. Общее состояние средней тяжести. Гиперемия лица. ЧДД 30 в мин. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание ослабленное, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс – 98 в мин. АД 110 и 60 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Принципы лечения заболевания.

Задача 2

Больной И., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Болен 2-ю неделю.

Объективно: температура 37,8°C. Состояние средней тяжести. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании. При перкуссии справа по средне-подмышечной линии от 7-го ребра и ниже звук

тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС 110 в мин. АД 90 и 60 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 3

Вы работаете фельдшером на здравпункте. К вам обращается рабочий с жалобами на боль в правой половине грудной клетки при дыхании. Боль усиливается при кашле. Боль появилась два дня назад. Четкую причину указать не может.

Объективно: температура 37,4°C. При осмотре отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук. При аускультации справа выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные. ЧДД 20 в минуту, АД 120 и 80 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.

Задача 4

Больная В., 43 года, обратилась к фельдшеру с жалобами на приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна три года. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, межреберные промежутки расширены, участие вспомогательной мускулатуры. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии коробочный звук, сухие свистящие хрипы. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, 92 в мин., АД 110 и 70 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 5

Фельдшер вызван на дом к больному З., 32-х лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом.

Объективно: температура 38,5°C. Общее состояние средней тяжести. Справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука, здесь дыхание бронхиальное, влажные хрипы. ЧДД 32 в мин., ЧСС 102 в мин. АД 100 и 70 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 6

Больной Г. 23 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизистой мокротой. Заболел 3 дня назад.

Объективно: температура – 37,6°C. ЧДД 18 в мин. При перкуссии ясный лёгочный звук. При аускультации жёсткое дыхание, выслушиваются сухие хрипы. Пульс – 88 в мин. АД 120 и 70 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Принципы лечения заболевания.

Задача 7

Фельдшер вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающееся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение.

Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1- тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД. 120 и 70 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 8

Вы работаете на здравпункте. К вам обращается работница завода 52 лет с жалобами на головную боль в затылочной области, в основном в утренние часы, периодически тошноту, потемнение в глазах, сердцебиение и одышку при выполнении физической работы, по утрам - небольшие отеки на лице. Подобные проявления были у ее матери, которая умерла 4 года назад от инсульта.

Объективно: состояние удовлетворительное, ЧДД 20 в мин., пульс 80 ударов в мин., полный ритмичный. АД 160/95 мм рт ст. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. Левая граница сердца на 1 см. к наружи от левой среднеключичной линии. Небольшие отеки на голени.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
4. Определите ваши действия в отношении данной пациентки и принципы лечения.

Задача 9

Больной В., 44 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3-х месяцев.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120 и 80 мм рт ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 10

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области через 2 часа после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,6°. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 11

Больная В., 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают после приема жирной пищи и жареных блюд, отрыжку горечью, тошноту, вздутие живота. Больна несколько лет.

Объективно: температура 37,2°. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации 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. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 12

Больной И., 30 лет обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 2 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия. Курит, употребляет алкоголь.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, кожа бледная. Со стороны ССС и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируется.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 13

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, тошноту, чувство тяжести и боли в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,9°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа и слизистые желтого цвета, следы расчесов на коже. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже сосудистые звездочки, на животе вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены.

Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140 и 90 мм рт ст. Живот увеличен в размерах. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 14

Больная А., 40 лет, предъявляет жалобы на боли в левом подреберье, в эпигастрии, часто принимающие опоясывающий характер, тошноту, отсутствие аппетита, склонность к поносам, похудание. Считает себя больной в течение нескольких лет.

Объективно: Пониженного питания. Язык обложен белым налётом. Живот болезненный при пальпации в левом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 15

Вы работаете на ФАПе. Вызов на дом к женщине 32 лет, которая жалуется на подъем температуры до 38,5°, ознобы, слабость, рези при мочеиспускании, боли в пояснице справа. Отделяемая моча мутная. Заболела остро.

Объективно: кожные покровы влажные, горячие на ощупь, температура 38,7С⁰. Пульс 88 ударов в минуту. АД 110 и 70 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При пальпации поясничной области справа определяется болезненность. Отеков нет.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных причинах развития данной патологии и принципах лечения.

Задача 16

Фельдшер срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызывали «Скорую помощь», делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой

системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120 и 60 мм рт ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

Задания:

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

Задача 17

Женщина 30 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 36,7°C, рези при мочеиспускании, выделение мутной мочи. Считает себя больной в течение двух дней.

Объективно: температура 36,7°C. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких везикулярное дыхание. ЧДД 18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 ударов в минуту. АД 120 и 80 мм рт ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в надлобковой области. Отёков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный 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 заболевания.

Задача 18

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,4⁰. Общее состояние удовлетворительно, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены. ЧСС 52 в мин. АД 110 и 70 мм рт ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 19

Больная К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание, кожный зуд. Больна около 2-х месяцев.

Объективно: температура 36,6°. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110 и 80 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 20

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 37,2°. Общее состояние удовлетворительное. Кожа влажная. Отмечается тремор пальцев, пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительный симптом Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом «толстой шеи»). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140 и 70 мм рт ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные заболевания.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 21

Вы – фельдшер ФАПа. К вам обращается женщина 38 лет с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение и одышку при небольшой физической нагрузке, желание есть мел.

Объективно: бледность кожи и видимых слизистых, кожные покровы сухие, отмечаются трещины в уголках рта. Волосы ломкие, ногти «корявые». Пульс 80 ударов в мин. АД 100 и 70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык малиновый, чистый. Живот мягкий.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.

Задача 22

Фельдшер вызван на дом к больной С., 25 лет, которая жалуется на боль в горле, костях, резкую слабость, головную боль, повышение температуры до 40°, носовое кровотечение. Заболела неделю назад.

Объективно: температура 39,5°. Общее состояние тяжелое. На груди и конечностях имеются мелкоточечные кровоизлияния. Из рта – гнилостный запах. Язык обложен темным налетом. Миндалины увеличены. Отмечается болезненность плоских костей при поколачивании. Дыхание везикулярное. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 120 в мин. АД 100 и 70 мм рт ст. Живот мягкий, слабоболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Задача 23

Больная Д., 50 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Имеются болезненность и деформация пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 120 и 80 мм рт ст.

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 заболевания.

Задача 24

К фельдшеру обратился мужчина 32-х лет, с жалобами на сильный кожный зуд, появление волдырей по всему телу. Заболевание связывает с употреблением рыбы.

Объективно: температура 37,1°C. Состояние удовлетворительное. Кожа гиперемированная, по всей поверхности тела определяется волдырная сыпь разного размера, возвышающаяся над поверхностью кожи. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 120 и 80 мм рт ст.

Задания:

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

Задача 25

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, обильная потливость. Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс 120 ударов в мин. АД 80 и 50 мм рт ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

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

Задача 26

Больной 45 лет, предъявляет жалобы на резкую головную боль, светобоязнь, тошноту, рвоту. Доставлен в приёмное отделение больницы с улицы, где он упал, ударился головой, терял сознание в течение 30 минут.

Объективно: больной беспокоен, многоречив, не ориентируется во времени и месте. Лёгкая ригидность мышц затылка, с-м Кернига с обеих сторон. Глазное дно в N. Люмбальная пункция - спинномозговая жидкость вытекает под давлением = 200 мм водного столба, кровянистая.

1. Установить и обосновать предварительный диагноз.
2. Составить схему обследования и необходимых консультаций.
3. Составить схему лечения.

Задача 27

Вызов фельдшера скорой помощи на дом. Женщина 50 лет с жалобами на выраженные приступообразные головные боли, преимущественно ночью и утром. На высоте головной боли тошнота, рвота. Также женщина жалуется на головокружение, общую слабость, нарушение походки, координацию движения. Особо выделяет нарушение зрения (по типу «тоннельного зрения»), выраженное снижение памяти и изменение подчерка. Болеет в течение последнего месяца с постепенным нарастанием симптоматики.

Объективно: ригидность шеи 1-2 поперечных пальца, симптом Кернига положительный, АД 150/90 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, температура 36.9 С. Рефлексы высокие с обеих сторон. Симптом Бабинского с обеих сторон.

1. Установить и обосновать предварительный диагноз.
2. Составить схему обследования и необходимых консультаций.
3. Тактика фельдшера.
4. Составить схему лечения.

Задача 28

В стационаре находится женщина 70-ти лет, пенсионерка. Жалобы на высыпания, сопровождающиеся жжением и болезненностью. Больная отмечает слабость, недомогание.

Больна больше месяца. Заболевание началось с появления на коже лица очагов красного цвета, покрытых мягкими легко удаляемыми желтоватого цвета чешуйками. После их удаления открылась влажная эрозивная поверхность. Затем на груди и спине стали появляться пузыри, подсыхающие с образованием буроватого цвета корочек. В этом состоянии была госпитализирована. Началось лечение глюкокортикостероидами внутрь. Появление пузырей приостановилось. Много лет страдает сахарным диабетом.

При осмотре: на коже лица в области носа и щек в виде «бабочки» красочные эрозии, покрытые кровянистыми корками. На груди и спине пузыри разных размеров до 1,2 см с серозным и мутным содержанием, бурые корки, яркие эрозии с эпидермальным воротничком, пигментные пятна. Симптом Никольского (+).

1. Уточните и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача 29

Больной Ф. за 10 дней до заболевания вернулся из туристической поездки в Африку. Начало болезни острое. Течение приступообразное и

включает фазы «озноба» (1—3 часа), «жара» (6—8 часов), «пота»; общая продолжительность приступа до 12—14 часов. В ходе приступа развиваются общетоксические проявления: быстро повышается температура тела до 40—41°C, отмечаются головная боль, миалгии.

На высоте приступа головная боль усиливается, развиваются головокружение, рвота. Больной жалуется на боли в поясничной области. Окончание приступа сопровождается выраженной потливостью, уменьшением явлений интоксикации. Ослабленный больной засыпает.

При обследовании больного выявляются гиперемия лица, инъекция сосудов склер, сухая и горячая кожа туловища и холодные конечности. Пульс учащен соответственно уровню температуры, артериальное давление понижено, тоны сердца приглушены.

Слизистые оболочки сухие, язык покрыт густым белым налётом, на губах или крыльях носа имеется герпетическая сыпь.

1. Поставьте предварительный диагноз, назовите источники инфекции и механизм передачи данного заболевания;
2. Методы диагностики данного заболевания;
3. Лечение данного заболевания;

Задача 30

Больной жалуется на сильный зуд кожи туловища, усиливающийся вечером и ночью, после того, как ложится в постель. Заболел 5 дней назад, связывает с пребыванием в командировке, где пришлось ночевать в общежитии.

При осмотре на коже живота, бедер, ягодиц видны парные и рассеянные точечные узелково-пузырьковые высыпания, местами – штрихообразные пунктирные линии серого цвета, линейные расчесы, корочки. На правом локтевом суставе наблюдаются сухие корки, чешуйки.

О каком диагнозе можно думать?

Какое местное лечение необходимо назначать больному?

Задача 31

Мальчик 12 лет, заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота. Доставлен в стационар бригадой «Скорой помощи». В приемном отделении: состояние средней тяжести, температура тела 38°C, вялость, однократная рвота, принесшая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая оболочка полости рта сухая, язык густо обложен белым налетом. Зев розовый, чистый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс 90 ударов в минуту,

удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут. Стул от начала заболевания 6 раз жидкий, обильный, зловонный, цвет - «болотной тины». Мочеиспускание не нарушено. За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом. Анализ крови общий при поступлении в стационар: HGB - 130 г/л, RBC - $3,6 \times 10^{12}$ /л, WBC - $12,0 \times 10^9$ /л; п/я - 10%, с/я - 60%, э - 0%, л - 28%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,033‰, сахар - нет, ацетон (+++), лейкоциты - 3-4 в п/з.

1. Поставьте клинический диагноз. Какова предполагаемая этиология этого заболевания?
2. Какие дополнительные исследования могут подтвердить этиологию болезни?
3. Определите тип диареи, объясните патогенез развития диарейного синдрома.
4. Укажите диету, этиотропную, патогенетическую терапию ребенку на день поступления в стационар.
5. Определите показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.

Задача 32

Из эпидемиологического анамнеза: накануне заболевания был в гостях, где ел мясной салат и консервированные грибы домашнего приготовления.

При поступлении: состояние больного тяжелое, сознание ясное, речь нечеткая. Больной беспокоен, не может глотать пищу, выраженная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз видимых слизистых оболочек и кончика носа. Отмечаются двусторонний птоз век, мидриаз, парез мягкого неба, голосовых связок. Пульс 68/мин., слабого наполнения и напряжения. АД - 100/60 мм рт.ст. В легких ослабленное дыхание, хрипов нет, ЧДД - 24/мин. Язык сухой, густо обложен сероватым налетом. Живот вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Стула нет.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите диету, этиотропную, патогенетическую терапию ребенку на день поступления в стационар

Задача 33

Больная 25 лет. Поступила в больницу с диагнозом пищевая токсикоинфекция через 8 часов от начала заболевания. Заболевание началось

остро, частого жидкого стула. Рвоты, болей в животе. Вскоре появились резкая слабость и судороги в жевательных мышцах и конечностей.

При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Температура в начале была 37,8°C, затем снизилась до 35°C, а через несколько часов (в процессе лечения) повысилась до нормы.

Питание пониженное, кожа сухая, дряблая, цианотичная, покрыта холодным липким потом. Конечности холодные, пульс нитевидный, тоны сердца глухие, АД 80/40 мм. рт. ст. Язык обложен, сухой. Живот запавший, мягко болезненный. Стул частый водянистый. Печень и селезенка не увеличены. Мочи выделяется мало. Сознание сохранено, хотя резко выраженный апатия и адинамия, отмечались судорожные сокращения рук и

1. Диагноз. Обоснование.
2. План лечения.

Задача 34

Больная С., 9 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на желтушность кожи и склер, вялость, слабость, резкое снижение аппетита. Заболела 3 дня назад, когда повысилась t° до 38,3°C, появилась слабость, снижение аппетита, на следующий день рвота, боли в животе. Вчера мама заметила желтушность кожи и склер. Обратились к участковому педиатру, с подозрением на ВГ направлена в инфекционную больницу. Эпид. анамнез: в классе случаи вирусного гепатита. Состояние при поступлении средней тяжести. Выражен интоксикационный синдром: вялая, сонливая, раздражительная, аппетит отсутствует. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа, склеры, мягкое и твердое небо иктеричны. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, приглушены. Зев спокоен. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги + 3 + 3 + 4 см, плотноэластической консистенции, край закруглен, поверхность гладкая; селезенка не пальпируется. Моча цвета "пива", стул ахоличен. ОАК: Нв – 127 г/л, Л – $7,0 \cdot 10^9$ /л, э – 2. п – 3, с – 47, л – 44, м – 4 СОЭ – 5 мм/час. ОАМ – желчные пигменты + + +. Билирубин: общий 207,0 мкмоль/л, прямой – 150,0 мкмоль/л, АлАТ – 180,0 Е/л, АсАТ – 120,0 Е/л, тимоловая проба – 20 ед (SH). Общий белок – 88 г/л, альбумины – 42, глобулины – 58 %, α – 16 %, β – 20 %, γ – 22%. Маркерный спектр: HBsAg – отриц., HBeAg – отриц., aHBs – отриц., aHBe – отриц., aHBc – отриц. анти HAV IgM – положит., aHCV – отриц.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Представьте классификацию, эпидемиологические особенности, характер патоморфологические изменений в печени при этом заболевании.

3. Оцените данные лабораторных исследований. Каковы критерии тяжести при данном заболевании?

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Назначьте план лечения соответственно диагнозу и степени тяжести.

Задача 35

Больной А. , студент, обратился к врачу медпункта 20.10 в 1-й первый день болезни. Заболел остро: появились ломота во всем теле, слабость, головная боль в области лба и глазниц, сухой кашель с неприятными ощущениями за грудиной. Не смог продолжать занятия. При осмотре состояние средней тяжести. Температура 39,5С. Гиперемия кожи лица, инъекция сосудов склер, конъюнктив. Кожа влажная. Дыхание везикулярное, ЧД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, пульс 112 уд/мин, АД 100/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Диспепсических явлений нет, менингеальные явления отсутствуют. При осмотре ротоглотки выявлена яркая гиперемия слизистой, мягкое небо отечно, обильная «зернистость» в области дужек и язычка.

В группе имеются студенты с насморком, кашлем. Больной проживает в студенческом общежитии.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.

3. Составьте план обследования.

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

5. Составьте план лечения больного.

Задача 36

У ВИЧ-инфицированной женщины во время родов произвели вскрытие плодного пузыря, в результате чего произошло разбрызгивание околоплодных вод, капли которых попали на кожу лица и в глаза детской медицинской сестры, которая была одета в медицинский халат, шапочку, фартук, на лице – четырехслойная маска, на руках – резиновые перчатки. Она должна была проводить профилактику гонобленореи у новорожденного.

1. Какие нарушения Вы отметили в данной ситуации?

2. Назовите заболевания, являющиеся СПИД-ассоциированными и почему.

3. Определите тактику медицинской сестры в целях профилактики заболевания ВИЧ-инфекцией.

4. Расскажите о правилах обработки помещений, в которых проводились манипуляции, операции и другие инвазивные мероприятия с ВИЧ-инфицированными пациентами.