

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 17.06.2025 15:47:23
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»**

Институт среднего медицинского образования

СОГЛАСОВАНО

Главный врач

БУ «Сургутская городская

клиническая станция

скорой медицинской помощи»

_____ Ю.М. Салманов

«03» июня 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебно-методической работе

_____ Е.В. Коновалова

«11» июня 2025 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Специальность

31.02.01 Лечебное дело

Квалификация выпускника

Фельдшер

Форма обучения

очная

Сургут, 2025 год

1. ЦЕЛЬ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ И ТРЕБОВАНИЯ К ЕГО СОДЕРЖАНИЮ

Целью фонда оценочных средств (далее – ФОС) для проведения государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) является установление уровня соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы среднего профессионального образования (далее – ООП СПО, образовательная программа) требованиям Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования (далее – ФГОС СПО), оценка сформированности компетенций.

Фонд оценочных средств для проведения ГИА по специальности 31.02.01 «Лечебное дело» включает:

- перечень компетенций, сформированных в результате освоения ООП СПО;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкалы оценивания;
- типовые задания и материалы, необходимые для оценки результатов освоения ООП СПО.

2. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ, СФОРМИРОВАННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ООП СПО

Освоение ООП СПО направлено на формирование общекультурных, и профессиональных компетенций, установленных в ФГОС СПО. Перечень сформированных компетенций по данной ООП СПО приведен в программе ГИА.

В ходе проведения государственного экзамена осуществляется оценка сформированности компетенций. Тематика вопросов государственного экзамена включает разделы дисциплин/модулей ООП (одной или нескольких), результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников. Указанные разделы дисциплин, соотнесенные с компетенциями, оценка сформированности которых осуществляется при проведении государственного экзамена, приведены в таблице 1.

Таблица 1

Перечень компетенций, сформированность которых оценивается в процессе сдачи государственного экзамена

№ п/п	Государственный экзамен	Коды формируемых компетенций	
	Наименования профессионального модуля	Общие компетенции (ОК)	Профессиональные компетенции (ПК)
1.	Осуществление профессионального ухода за пациентами	1 – 6	1.1.– 1.4.
2.	Осуществление лечебно-диагностической деятельности	1 – 5, 7 – 8	2.1 – 2.4.
3.	Осуществление медицинской реабилитации и абилитации	1 – 5, 8	3.1 – 3.3.
4.	Осуществление профилактической деятельности	1 – 8	4.1 – 4.4.
5.	Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации	1 – 2, 4 – 7	5.1 – 5.3.
6.	Осуществление организационно-аналитической деятельности	1 – 9	6.1 – 6.7.

Выпускник, освоивший образовательную программу, должен быть готов к выполнению видов деятельности, перечисленных в таблице 2.

Таблица 2

Виды деятельности

Код и наименование вида деятельности (ВД)	Код и наименование профессионального модуля (ПМ), в рамках которого, осваивается ВД
1	2
В соответствии с ФГОС	
ВД 01. Осуществление профессионального ухода за пациентами	ПМ 01. Осуществление профессионального ухода за пациентами
ВД 02. Осуществление лечебно-диагностической деятельности	ПМ 02. Осуществление лечебно-диагностической деятельности
ВД 03. Осуществление медицинской реабилитации и абилитации	ПМ 03. Осуществление медицинской реабилитации и абилитации
ВД 04. Осуществление профилактической деятельности	ПМ 04. Осуществление профилактической деятельности
ВД 05. Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации	ПМ 05. Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации
ВД 06. Осуществление организационно-аналитической деятельности	ПМ 06. Осуществление организационно-аналитической деятельности

Используемый комплект заданий по специальности Лечебное дело, разработанный методическим центром аккредитации специалистов, позволяет оценить степень сформированности общих и профессиональных компетенций по видам профессиональной деятельности (таблица 3).

Таблица 3

Тематика заданий для оценки государственного экзамена

Оцениваемые основные виды деятельности и компетенции по ним	Описание тематики выполняемых в ходе процедур ГИА заданий (направленных на демонстрацию конкретных освоенных результатов по ФГОС)
ПМ Осуществление профессионального ухода за пациентами: ПК 1.1. Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов. ПК 1.2. Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации. ПК 1.3. Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода. ПК 1.4. Осуществлять уход за телом человека.	Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: практические навыки и ситуационные задачи, связанные с осуществлением профессионального ухода за пациентами.
ПМ Осуществление лечебно-диагностической деятельности: ПК 2.1. Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых	Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: практические навыки и ситуационные задачи, связанные с осуществлением

заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений. ПК 2.2. Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений. ПК 2.3. Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента. ПК 2.4. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами.	лечебно-диагностической деятельности фельдшера
ПМ Осуществление медицинского реабилитации и абилитации: ПК 3.1. Проводить доврачебное функциональное обследование и оценку функциональных возможностей пациентов и инвалидов с последствиями травм, операций, хронических заболеваний на этапах реабилитации. ПК 3.2. Оценивать уровень боли и оказывать паллиативную помощь при хроническом болевом синдроме у всех возрастных категорий пациентов. ПК 3.3. Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий и лиц из группы социального риска.	Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: практические навыки и ситуационные задачи, связанные с осуществлением медицинской реабилитации и абилитации
ПМ Осуществление профилактической деятельности: ПК 4.1. Участвовать в организации и проведении диспансеризации населения фельдшерского участка различных возрастных групп и с различными заболеваниями. ПК 4.2. Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения. ПК 4.3. Осуществлять иммунопрофилактическую деятельность. ПК 4.4. Организовывать среду, отвечающую действующим санитарным правилам и нормам.	Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: практические навыки и ситуационные задачи, связанные с осуществлением профилактической деятельности фельдшера
ПМ Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации: ПК 5.1. Проводить обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой	Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: практические навыки и ситуационные задачи, связанные с оказанием скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации

медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации. ПК 5.2. Назначать и проводить лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации. ПК 5.3. Осуществлять контроль эффективности и безопасности проводимого лечения при оказании скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации	
Осуществление организационно-аналитической деятельности: ПК 6.1. Проводить анализ медико-статистической информации при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи. ПК 6.2. Участвовать в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. ПК 6.3. Контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении персонала; ПК 6.4. Организовывать деятельность персонала с соблюдением психологических и этических аспектов работы в команде. ПК 6.5. Вести учетно-отчетную медицинскую документацию при осуществлении всех видов первичной медико-санитарной помощи и при чрезвычайных ситуациях, в том числе в электронной форме. ПК 6.6. Использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» в работе. ПК 6.7. Осуществлять защиту персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну.	Предполагаемое задание методического центра аккредитации специалистов: практические навыки и ситуационные задачи, связанные с организационно-аналитической деятельностью

Проверяемые требования к результатам по видам деятельности указаны в таблице 4.

Таблица 4

Трудовая деятельность (основной вид деятельности)	Код проверяемого требования	Наименование проверяемого требования к результатам
1	2	3
ВД 01	Вид деятельности 1	Осуществление профессионального ухода за

	пациентами	
	ПК 1.1	Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов;
	ПК 1.2	Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации;
	ПК 1.3	Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода;
	ПК 1.4	Осуществлять уход за телом человека.
ВД 02	Вид деятельности 2 Осуществление лечебно-диагностической деятельности	
	ПК 2.1	Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений;
	ПК 2.2	Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений;
	ПК 2.3	Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента;
	ПК 2.4	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами.
ВД 03	Вид деятельности 3 Осуществление медицинской реабилитации и абилитации	
	ПК 3.1	Проводить доврачебное функциональное обследование и оценку функциональных возможностей пациентов и инвалидов с последствиями травм, операций, хронических заболеваний на этапах реабилитации;
	ПК 3.2	Оценивать уровень боли и оказывать паллиативную помощь при хроническом болевом синдроме у всех возрастных категорий пациентов;
	ПК 3.3	Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий и лиц из группы социального риска.
ВД 04	Вид деятельности 4 Осуществление профилактической деятельности	
	ПК 4.1	Участвовать в организации и проведении диспансеризации населения фельдшерского
	ПК 4.2	Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения;
	ПК 4.3	Осуществлять иммунопрофилактическую деятельность;
	ПК 4.4	Организовывать среду, отвечающую действующим санитарным правилам и нормам.

ВД 05	Вид деятельности 5 Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации	
	ПК 5.1	Проводить обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации;
	ПК 5.2	Назначать и проводить лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации;
	ПК 5.3	Осуществлять контроль эффективности и безопасности проводимого лечения при оказании скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации.
ВД 06	Вид деятельности 6 Осуществление организационно-аналитической деятельности	
	ПК 6.1	Проводить анализ медико-статистической информации при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
	ПК 6.2	Участвовать в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
	ПК 6.3	Контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении персонала;
	ПК 6.4	Организовывать деятельность персонала с соблюдением психологических и этических аспектов работы в команде;
	ПК 6.5	Вести учетно-отчетную медицинскую документацию при осуществлении всех видов первичной медико-санитарной помощи и при чрезвычайных ситуациях, в том числе в электронной форме;
	ПК 6.6	Использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» в работе;
	ПК 6.7	Осуществлять защиту персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну.

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии оценивания сформированности компетенций в процессе сдачи государственного экзамена (I этап -тестирование)

«5» (отлично)	90 – 100 %
«4» (хорошо)	80 – 89 %
«3» (удовлетворительно)	70 – 79 %
«2» (неудовлетворительно)	менее 70 %

3.2. Критерии оценивания сформированности компетенций в процессе сдачи государственного экзамена (II этап - выполнение практических навыков (умений) в смоделированных условиях)

Критериями оценивания являются практические действия по специальности, указанные в оценочном листе. Показатели оценивания критериев:

3- выполнено полностью
2 – выполнено частично
1 – выполнено недостаточно
0 – не выполнено

Оценка складывается из показателей, количество которых суммируется за все практические действия (в оценочном листе) переводится в проценты, затем в баллы. Шкала оценивания варьируется в соответствии с количеством практических действий, перечисленных в оценочном листе специальности.

Критерии оценивания практического навыка по чек-листу в зависимости от набранных баллов:

Оценка ГИА	«2»	«3»	«4»	«5»
Отношение полученного количества баллов к максимально возможному (в процентах)	0% - 69%	70% - 79%	80% - 89%	90% - 100%

Если хотя бы один практический навык оценивается менее 70% ответов «выполнено полностью», то студент считается не сдавшим государственный экзамен.

3.3. Критерии оценивания сформированности компетенций в процессе сдачи государственного экзамена (III этап – решение ситуационных задач (мультикейсов). Оценка складывается из процентного соотношения правильных ответов от общего количества ответов при решении ситуационных задач.

Критерии оценивания ситуационной задачи по эталону в зависимости от набранных баллов:

Оценка ГИА	«2»	«3»	«4»	«5»
Отношение полученного количества баллов к максимально возможному (в процентах)	0% - 69%	70% - 79%	80% - 89%	90% - 100%

Если хотя общее количество верных ответов по эталону оценивается менее 70%

ответов «выполнено полностью», то студент считается не сдавшим государственный экзамен.

Итоговая оценка за государственный экзамен вычисляется как среднее арифметическое по трем этапам государственного экзамена.

4. МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ООП СПО

Материалы, необходимые для оценки результатов освоения ООП СПО, представлены в виде фонда оценочных средств.

4.1. Оценочные средства проведения первого этапа (тестирования) государственного итогового экзамена

4.1.1. Оценочные средства для проведения первого этапа государственного экзамена представлены в виде тестов.

4.1.2. Тесты составляются на материале базы тестовых заданий для первичной аккредитации специалистов.

4.1.3. База тестовых заданий содержит не менее 300 вопросов с выбором ответа.

Тестирование: ответ на 60 вопросов из банка тестовых заданий за 60 минут. Тестирование проводится с использованием компьютерных технологий.

Перечень МДК, которые выносятся на 1 этап государственного экзамена (тестирование):

- МДК 01.01. Профессиональный уход за пациентами
- МДК 02.01. Пропедевтика клинических дисциплин
- МДК 02.02. Лечение пациентов терапевтического профиля
- МДК 02.03. Лечение пациентов хирургического профиля
- МДК 02.04. Оказание акушерско-гинекологической помощи
- МДК 02.05. Лечение пациентов детского возраста
- МДК 03.01 Медицинская реабилитация и абилитация
- МДК 04.01. Профилактическая деятельность
- МДК 05.01. Скорая медицинская помощь в экстренной и неотложных формах, в том числе вне медицинской организации
- МДК 06.01. Организационно-аналитическая деятельность

4.2. Оценочные средства проведения второго этапа (демонстрация практического навыка в симулированных условиях) государственного экзамена

Оценочные средства для проведения второго этапа государственного экзамена представлены в виде перечня практических навыков:

1. Изменение артериального давления на периферических артериях
2. Проведение ингаляции с использованием компрессорного небулайзера
3. Проведение антропометрии грудного ребенка
4. Проведение аускультации легких
5. Проведение сравнительной перкуссии легких
6. Проведение аускультации сердца
7. Определение относительных границ сердца
8. Проведение электрокардиографии
9. Проведение пальпации затылочных, околоушных и подчелюстных лимфатических узлов
10. Проведение транспортной иммобилизации при переломе костей верхних конечностей (предплечья)

11. Базовая сердечно-легочная реанимация

4.3. Оценочные средства проведения третьего этапа (решение ситуационных задач) государственного экзамена

Решение ситуационных задач проводится путем ответов на вопросы, содержащиеся в ситуационных задачах.

Комплектование набора ситуационных задач для каждого выпускника осуществляется с использованием информационных систем автоматически в соответствии со спецификацией при их выборке из Единой базы оценочных средств для специальности 31.02.01 Лечебное дело. Общее количество ситуационных задач, а также время, отводимое на их решение, определяются Методическим центром аккредитации.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата «__» _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Изменение артериального давления на периферических артериях

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1.	Проверить исправность прибора для измерения артериального давления (тонометра) в соответствии с инструкцией по его применению.	сказать	
2.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	
3.	Попросить пациента представиться	Сказать	
4.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	
5.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	
7.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	
	Подготовка к процедуре		
8.	Накрыть кушетку одноразовой простыней	Выполнить	
9.	Предложить (помочь) пациенту занять удобное положение на кушетке лежа на спине нижние конечности не скрещены, руки разогнуты	Выполнить/	
		Сказать	
10.	Проверить герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки	Выполнить/ Сказать	
11.	Проверить срок годности одноразовой антисептической салфетки	Выполнить/ Сказать	
12.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
13.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
14.	Освободить от одежды руку пациента выше локтевого сгиба, оставив один тур одежды или положив одноразовую салфетку	Выполнить/ Сказать	
15.	Расположить руку пациента на уровне сердца ладонью вверх	Выполнить	
16.	Определить размер манжеты	Сказать	
	Выполнение процедуры		
17.	Наложить манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) на плечо	Выполнить	

	пациента		
18.	Проверить, что между манжетой и поверхностью плеча помещается два пальца	Выполнить	
19.	Убедиться, что нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки	Выполнить/ сказать	
20.	Поставить два пальца левой руки на предплечье в области лучезапястного сустава в месте определения пульса	Выполнить/ сказать	
21.	Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления (тонометра)	Выполнить	
22.	Произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления (тонометра) до исчезновения пульса в области лучезапястного сустава	Выполнить	
23.	Зафиксировать показания прибора для измерения артериального давления (тонометра) в момент исчезновения пульса в области лучезапястного сустава	Сказать	
24.	Спустить воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления (тонометра)	Выполнить	
25.	Мембрану фонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией локтевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к поверхности тела	Выполнить	
26.	Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст.	Выполнить/ сказать	
27.	Сохраняя положение фонендоскопа, медленно спустить воздух из манжеты	Выполнить	
28.	Фиксировать по шкале на приборе для измерения артериального давления (тонометре) появление первого тона Короткова – это значение систолического давления	Выполнить/ сказать	
29.	Фиксировать по шкале на приборе для измерения артериального давления (тонометре) прекращение громкого последнего тона Короткова – это значение диастолического давления	Выполнить/ сказать	
30.	Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона	Выполнить/ сказать	
31.	Выпустить воздух из манжеты	Выполнить	
32.	Снять манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) с руки	Выполнить	

	пациента		
33.	Сообщить пациенту результат измерения артериального давления	Сказать	
34.	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	
35.	Помочь пациенту подняться с кушетки	Сказать	
36.	Вскрыть упаковку и извлечь из нее салфетку с антисептиком одноразовую	Выполнить	
37.	Утилизировать упаковку салфетки с антисептиком одноразовой в ёмкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
38.	Обработать (протереть) мембрану и оливы фонендоскопа салфеткой с антисептиком одноразовой	Выполнить	
39.	Утилизировать салфетку с антисептиком одноразовую в ёмкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
40.	Утилизировать одноразовую простынь в ёмкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
41.	Снять перчатки, поместить их в ёмкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
42.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	
43.	Записать результаты в медицинскую карту пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях (форма 003/у)	Выполнить	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Изменение артериального давления на периферических артериях

№	Практическое действие	Примерный текст комментария
1.	Проверить исправность прибора для измерения Артериального давления (тонометра) в соответствии с инструкцией по его применению, убедиться, что фонендоскоп находится в рабочем состоянии	Проверить исправность прибора для измерения артериального давления (тонометра) в соответствии с инструкцией по его применению, убедиться, что фонендоскоп находится в рабочем состоянии»
2	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте!» «Я фельдшер» «Меня зовут _____ (ФИО)»
3	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
4	Сверить ФИО пациента с листом назначений	«Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)»
5	Сообщить пациенту о назначении врача	«Вам назначена процедура измерения артериального давления»
6	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» «Возражений пациента на выполнение процедуры нет»
7	Объяснить ход и цель процедуры	«Контроль артериального давления необходим для определения дальнейшей тактики»
9	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение на кушетке, лежа на спине, нижние конечности не скрещены, рука разогнута в локтевом суставе	«Вам необходимо лечь удобно или я могу Вам в этом помочь, ноги и руки выпрямить. Во время проведения процедуры не разговаривать, не делать резких движений»
10	Проверить герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки	«Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена»
11	Проверить срок годности одноразовой антисептической салфетки	«Срок годности соответствует сроку хранения»
12	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
14	Освободить от одежды руку пациента выше локтевого сгиба	«Освободите от одежды руку выше локтевого сгиба или я могу Вам помочь»
16	Определить размер манжеты	«Размер манжеты соответствует обхвату плеча пациента»

19	Убедиться, что нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки	«Нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки»
20	Поставить два пальца левой руки на предплечье в области лучезапястного сустава в месте определения пульса	«Определяю пульс на лучевой артерии»

23	Зафиксировать показания прибора для измерения артериального давления (тонометра) в момент исчезновения пульса в области лучезапястного сустава	«Нагнетаю воздух до исчезновения пульса. В момент исчезновения пульса артериальное давление равно(называет показатель давления)»
26	Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст.	«Накачиваю манжету на 30 мм рт. ст. выше предыдущего показателя»
28	Фиксировать по шкале на приборе для измерения артериального давления (тонометре) появление первого тона Короткова – это значение систолического давления	«Систолическое давление равно....., (называет показатели давления)»
29	Фиксировать по шкале на приборе для измерения артериального давления (тонометре) прекращение громкого последнего тона Короткова – это значение диастолического давления	«Диастолическое давление равно....(называет показатели давления)»
30	Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона	«Убеждаюсь в полном исчезновении тонов...»
33	Сообщить пациенту результат измерения артериального давления	«Ваше артериальное давление равно...» (называет показатели давления)
34	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как вы себя чувствуете?». «Пациент чувствует себя удовлетворительно»
35	Помочь пациенту подняться с кушетки	«Можно вставать. Нужна ли Вам моя помощь?»
42	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Манекен по уходу многофункциональный
4. Кушетка медицинская
5. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
6. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
7. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
8. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
9. Простынь одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку)
10. Тонометр механический
11. Фонендоскоп
12. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку)

13. Кожный антисептик
14. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку)
15. Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций (достаточно имитации)
16. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 мл на одну попытку)
17. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения медицинской документации (из расчета 1 мл на все попытки)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Пэтап Государственного экзамена

Дата «__» _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: проведение ингаляции с использованием компрессорного небулайзера

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1	Установить контакт с пациентом (его законным представителем). Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента (его законного представителя) информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость.	Сказать	
2	Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.	Выполнить	
3	Открыть небулайзер, проверить соответствие названия препарата на флаконе/небуле назначенному.	Выполнить	
4	Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата).	Выполнить	
5	Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру).	Выполнить	
6	Собрать небулайзер, проверить его работу.	Выполнить	
7	Присоединить мундштук или лицевую маску.	Выполнить	
8	Усадить пациента в удобном положении перед аппаратом или уложить.	Выполнить	
9	Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор.	Выполнить	
10	Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора. Длительность одной процедуры определяют с учетом возраста пациента и типа ингаляции. Маленьким детям не советуют дышать паром или через небулайзер дольше пяти минут. Детям постарше ингаляцию проводят в течение 7-10 минут.	Выполнить	
11	Прополоскать пациенту полость рта тёплой кипячёной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20-30 минут.	Выполнить	
12	Подвергнуть дезинфекции расходный материал.	Выполнить	
13	Обработать руки гигиеническим способом.	Выполнить	
14	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.	Сказать	

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Проведение ингаляции с использованием компрессорного небулайзера

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Я – фельдшер. Меня зовут (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о назначении процедуры	«Вам необходимо провести ингаляцию лекарственного препарата через небулайзер»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	«Ингаляция проводится в положении сидя, с целью облегчения дыхания»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение этой процедуры? Возражения пациента на выполнение процедуры нет»
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение	«Займите удобное положение, сидя на стуле. Необходима ли Вам при этом помощь?»
8.	Обработать руки на гигиеническом уровне	«Обрабатываю руки на гигиеническом уровне»
9.	Надеть перчатки	«Надеваю перчатки»
16.	Присоединить к небулайзерной камере мундштуки или лицевую маску	«Присоединяю к небулайзерной камере мундштук или лицевую маску»
19.	Нажать на выключатель, чтобы перевести его в позицию «включено» (I), и начать распыление	«Нажимаю на выключатель, чтобы перевести его в позицию «включено» (I), компрессор включается и начинается распыление»
20.	Надеть на пациента маску, чтобы она закрывала его нос и рот, при использовании мундштука попросить пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук.	«Надеваю на пациента маску так, чтобы она закрывала его нос и рот, при использовании мундштука прошу пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук»
21.	Контролировать правильное положение лицевой маски/мундштука весь период проведения ингаляции	«Весь период проведения ингаляции контролирую правильное положение лицевой маски/мундштука»
22.	Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора	«Выполняю ингаляцию до полного расходования раствора»
23.	Попросить пациента отдать мундштук/снять лицевую маску	«Прошу пациента отдать мундштук/снять лицевую маску»
24.	Отключить питание, нажав на выключатель, чтобы перевести его в позицию «выключено» (O), отключить устройство от электрической розетки	«Отключаю питание, нажав на выключатель, чтобы перевести его в позицию «выключено» (O), отключаю устройство от электрической розетки»
25.	Отсоединить маску/мундштук, небулайзерную камеру от компрессора, поместив данные части в лоток для последующей обработки	«Отсоединяю маску/мундштук, небулайзерную камеру от компрессора, поместив данные части в лоток для последующей обработки»

26.	Обработать руки гигиеническим способом	Выполнить
27.	Снять перчатки, озвучить свои действия	Выполнить
28.	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
29.	Дать рекомендации по обработке полости рта, глаз и лица после ингаляции	«После ингаляции, особенно после применения ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС), необходимо прополоскать рот кипяченой водой комнатной температуры, при использовании маски промыть глаза и лицо водой»
30.	Сделать соответствующую запись о выполнении процедуры в медицинской документации	«Делаю соответствующую запись о выполнении процедуры в медицинской документации»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Стол
2. Стул
3. Кушетка
4. Манипуляционный стол
5. Манекен полноростовой/ фантом головы вертикальный
6. Настенные часы с секундной стрелкой
7. Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный
8. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку)
9. Набор препаратов для ингаляционной терапии (сальбутамол, будесонид, фенотеролш + ипратропия бромид - имитация)
10. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одну попытку)
11. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 2 шт. на одну попытку)
12. Нестерильный лоток
13. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
14. Ёмкость-контейнер для сбора острых отходов класса «Б»
15. Ёмкость с дезинфицирующим раствором (имитация раствора)
16. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного
17. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета
18. Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций (достаточно имитации)
19. Шариковая ручка для заполнения медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки)
20. Медицинская карта пациента (форма 003/у) (из расчета 1 бланк на все попытки)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата «__» _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: проведение антропометрии грудного ребенка

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1.	Установить контакт с мамой/законным представителем ребёнка, поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	
2.	Попросить маму / законного представителя ребёнка представиться	Сказать	
3.	Идентифицировать пациента сверить с медицинской документацией	Сказать	
4.	Сообщить маме/ законному представителю ход и цель процедуры	Сказать	
5.	Убедиться в наличии у мамы/ законного представителя ребёнка добровольного информированного согласия	Сказать	
	Подготовка к процедуре		
6.	Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Выполнить	
7.	Включить вилку сетевого провода весов в сеть, при этом на цифровом индикаторе должна засветиться рамка. Через 35-40 с на табло должны появиться цифры (нули). Оставить весы включёнными на 10 мин	Выполнить	
8.	Проверить весы: нажать рукой с небольшим усилием в центр лотка - на индикаторе должны высветиться показания, соответствующие усилию руки; отпустить грузоподъемную платформу - на индикаторе должны появиться нули	Выполнить	
9.	Положить на грузоподъемную платформу пелёнку однократного применения - на индикаторе должна высветиться ее масса. Сбросить значение массы пеленки в память прибора, нажав кнопку "Т", - на индикаторе должны появиться нули.	Выполнить	
10.	Положить на пеленальный столик пелёнку	Выполнить	
11.	Осторожно уложить ребёнка на пеленальный столик сначала ягодицами, затем плечами и головой	Выполнить	
12.	Распеленать/раздеть ребёнка	Выполнить	
Измерение окружности головы			
13.	Наложить сантиметровую ленту на голову пациента по ориентирам: сзади - затылочный бугор, спереди - надбровные дуги	Выполнить	
14.	Определить результат измерения	Выполнить	

15.	Снять сантиметровую ленту	Выполнить	
16.	Сообщить маме/ законному представителю ребенка результат измерения	Сказать	
17.	Записать результат в соответствующую медицинскую документацию	Выполнить	
Измерение окружности грудной клетки			
18.	Слегка отвести руки ребенка в стороны	Выполнить	
19.	Наложить сантиметровую ленту сзади - по нижним углам лопаток, спереди - по нижнему краю околососковых кружков	Выполнить	
20.	Определить по ленте значение окружности грудной клетки. При этом рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани. Измерение проводить в покое	Выполнить	
21.	Сообщить маме ребенка результат измерения	Сказать	
22.	Поместить сантиметровую ленту в емкость для дезинфекции	Выполнить	
23.	Записать результат в соответствующую медицинскую документацию	Выполнить	
Измерение массы тела			
24.	Осторожно уложить ребенка на платформу сначала ягодицами, затем плечами и головой. Ноги ребенка следует придерживать	Выполнить	
25.	После появления слева от значения массы значка "0", обозначающего, что взвешивание закончено, считать значение массы тела ребенка	Выполнить	
26.	Взять ребенка на руки и переложить на пеленальный столик	Выполнить	
27.	Спустя 5-6 с обнулить показания весов	Выполнить	
28.	Сообщить маме ребенка результат измерения	Сказать	
29.	Поместить пеленку в ёмкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
30.	Записать результат в соответствующую медицинскую документацию	Выполнить	
Измерение роста			
31.	Предложить маме взять ребенка на руки и переложить на площадку ростомера. Переложить пеленку с пеленального столика на площадку ростомера	Сказать/ Выполнить	
32.	Уложить ребенка на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной планке, верхний край козелка уха и нижнее веко находились в одной вертикальной плоскости	Выполнить	
33.	Ноги ребенка должны быть выпрямлены легким нажатием на колени и прижаты к доске ростомера. Придвинуть к стопам, согнутым под прямым углом к голени, подвижную планку ростомера	Выполнить	
34.	Определить по шкале длину тела ребенка. Длина тела равна расстоянию между неподвижной и	Выполнить	

	подвижной планками ростомера		
35.	Сообщить маме/ законному представителю ребенка результат измерения	Сказать	
36.	Записать результат в соответствующую медицинскую документацию	Выполнить	
	Окончание антропометрии		
37.	Предложить маме/ законному представителю взять ребенка на руки. Переложить пеленку с ростомера на пеленальный столик	Сказать Выполнить	
38.	Предложить маме/ законному представителю разместить ребенка на пеленальном столике, одеть ребенка	Сказать	
39.	Обработать руки антисептиком	Выполнить	
40.	Оценить результаты измерений по центильным таблицам, результат записать в медицинской документации	Выполнить	
41.	Надеть перчатки, обработать поверхности весов, ростомера, пеленального столика дезинфицирующим средством	Выполнить	
42.	Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить	Выполнить	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: проведение антропометрии грудного ребенка

№	Практическое действие	Примерный текст комментария
1.	Установить контакт с мамой/законным представителем ребёнка, поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте!» «Я фельдшер» «Меня зовут _____» (ФИО)»
2.	Попросить маму / законного представителя ребёнка представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Идентифицировать пациента сверить с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить маме/законному представителю ход и цель процедуры	«Я буду измерять массу, длину тела, окружность головы и грудной клетки Вашего ребёнка с целью определения его антропометрических показателей»
5.	Убедиться в наличии у мамы/законного представителя ребёнка добровольного информированного согласия	«Вы не против данной процедуры?» «Мама не возражает»
21.	Сообщить маме/законному представителю ребёнка результат измерения	«У вашего ____ (имя ребенка) окружность груди ____ см»
28	Сообщить маме/законному представителю ребёнка результат измерения	«(ИО мамы) У вашего ____ (имя ребенка) масса тела ____ гр.»
31	Предложить маме взять ребенка на руки и переложить на площадку ростомера Переложить пеленку с пеленального столика на площадку ростомера	«(ИО мамы) возьмите ____ (имя ребенка) на руки, перекладывайте на ростомер. Перекладываю пеленку на площадку ростомера»
35	Сообщить маме/законному представителю ребёнка результат измерения	«(ИО мамы) У вашего ____ (имя ребенка) длина тела ____ см.»
37	Предложить маме/законному представителю взять ребенка на руки. Переложить пеленку с ростомера на пеленальный столик	«(ИО мамы) возьмите ____ (имя ребенка) на руки, перекладывайте на пеленальный столик. Перекладываю пеленку на пеленальный столик»
38	Предложить маме/законному представителю разместить ребенка на пеленальном столике, одеть ребенка	«(ИО мамы) возьмите ____ (имя ребенка) на руки, уложите на пеленальный столик. Можно одевать ребенка»

Оборудование и оснащение для практического навыка.

1. Письменный стол
2. Стул
3. Стул для посетителя
4. Пеленальный стол
5. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
6. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
7. Емкость-контейнер с дезинфицирующим средством.

8. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
10. Весы для новорожденных (электронные)
11. Ростомер детский медицинский.
12. Сантиметровая лента
13. Пеленка одноразовая медицинская не стерильная (из расчета 2 шт. на одну попытку)
14. Халат медицинский одноразовый не стерильный (из расчета 1 шт. на одну попытку)
15. Шапочка медицинская одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку)
16. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 пара на одну попытку)
17. Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций (достаточно имитации)
18. Формы медицинской документации: форма 112 Амбулаторная карта (из расчета 1 шт. на одну попытку)
19. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения медицинской документации (из расчета 1 шт. на все попытки)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата « » 20 г.

Проверяемый практический навык: проведение аускультации легких

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	Сказать	
4.	Сообщить пациенту о назначении фельдшера	Сказать	
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.	Сказать	
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение, сидя на стуле, стоя или лежа на спине	Сказать	
Подготовка к проведению процедуры			
8.	Убедиться, что фонендоскоп находится в рабочем положении	Выполнить	
9.	Обработать оливки и мембрану фонендоскопа салфеткой с антисептиком	Выполнить/ сказать	
10.	Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды	Сказать	
11.	Предложить пациенту встать или сесть с опущенными вдоль туловища руками	Сказать	
12.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос	Сказать	
13.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Выполнить/ сказать	
14.	Встать сбоку или спереди от пациента	Выполнить	
15.	Вставить оливки фонендоскопа в наружные слуховые проходы	Выполнить	
Выполнение процедуры			
16.	Вставить оливки стетофонендоскопа в	Выполнить	

	наружные слуховые проходы		
17.	Поставить мембрану стетофонендоскопа в симметричные участки спереди правой и левой половины грудной клетки в точки сравнительной перкуссии в последовательности:	Выполнить\ Сказать	
18.	в надключичную ямку	Выполнить\ Сказать	
19.	в подключичную ямку	Выполнить\ Сказать	
20.	в 1-е межреберье (подключичную область) по среднеключичной линии справа и слева	Выполнить\ Сказать	
21.	во 2-е межреберье по среднеключичной линии справа и слева	Выполнить\ Сказать	
22.	в 3-е, 4-е и 5-е межреберье по средне-ключичной линии справа	Выполнить\ Сказать	
23.	Предложить пациенту поднять и сложить кисти рук на затылке или перед собой	Выполнить\ Сказать	
24.	Поставить мембрану фонендоскопа в симметричные участки в точки сравнительной перкуссии справа и слева в последовательности:	Выполнить\ Сказать	
25.	в 4-е и 5-е межреберье по передне-подмышечной линии справа и слева	Выполнить\ Сказать	
26.	в 4-е и 5-е межреберье по средне-подмышечной линии (в подмышечной ямке) справа и слева	Выполнить\ Сказать	
27.	Попросить пациента опустить руки	Сказать	
28.	Встать сзади от пациента	Выполнить	
29.	Попросить пациента наклониться вперёд, скрестить руки на груди, положив ладони на плечи	Сказать	
30.	Поставить мембрану фонендоскопа в симметричные участки сзади правой и левой половины грудной клетки в точки сравнительной перкуссии в последовательности:	Выполнить\ Сказать	
31.	в надлопаточной области справа и слева	Выполнить\ Сказать	
32.	в межлопаточной области в 6-м межреберье слева и справа	Выполнить\ Сказать	
33.	в межлопаточной области в 7-м межреберье слева и справа	Выполнить\ Сказать	
34.	в 8-м межреберье по паравертебральной линии слева и справа	Выполнить\ Сказать	
35.	в 8-м межреберье по лопаточной линии слева и	Выполнить\ Сказать	

	справа	Сказать	
36.	в 8 межреберье по задне-подмышечной линии слева и справа	Выполнить\ Сказать	
37.	в 9-м межреберье по паравerteбральной линии слева и справа	Выполнить\ Сказать	
38.	в 9-м межреберье по лопаточной линии слева и справа	Выполнить\ Сказать	
39.	в 9-м межреберье по задне-подмышечной линии слева и справа	Выполнить\ Сказать	
40.	Попросить пациента опустить руки	Сказать	
41.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	Сказать	
42.	Уточнить у пациента о его самочувствии и ощущениях	Сказать	
43.	Попрощаться с пациентом	Сказать	
Завершение процедуры			
44.	Вскрыть упаковку с салфеткой с антисептиком и извлечь ее из упаковки	Выполнить	
45.	Поместить упаковку салфетки в ёмкость- контейнер для медицинских отходов класса А	Выполнить	
46.	Обработать (протереть) оливы и мембрану фонендоскопа салфеткой с антисептиком	Выполнить\ Сказать	
47.	Поместить использованную салфетку в ёмкость- контейнер для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
48.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Выполнить\ Сказать	
49.	Сделать записать о результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	Выполнить\ Сказать	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: проведение аускультации легких

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» «Вам необходимо провести аускультацию (выслушивание) сердца _____ (указать наименование в соответствии с условием)»
2	Попросить представиться пациента	«Представьтесь, пожалуйста»
3	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
	Сообщить пациенту о назначении фельдшера	«Вам необходимо провести аускультацию (выслушивание) лёгких»
	Объяснить ход и цель процедуры	«Аускультация легких будет проводиться в положении пациента стоя, целью аускультации является определение характера основных дыхательных шумов»
3	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
4	Попросить пациента занять удобное положение	«Займите удобное положение на кушетке сидя или встаньте»
Подготовить необходимые инструменты и материалы к проведению обследования		
8.	Убедится в расположении кушетки с равным доступом подхода с обеих сторон	«Кушетка расположена с равным доступом подхода с обеих сторон»
9.	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как Вы себя чувствуете?»
11	Убедиться, что стетофонендоскоп находится в рабочем положении	«Осматриваю головку стетофонендоскопа, отметка о включении находится с рабочей стороны»
12.	Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды	«Освободите пожалуйста верхнюю половину грудной клетки от одежды»
13.	Попросить пациента встать с опущенными вдоль туловища руками	«Встаньте с опущенными вдоль туловища руками»
14.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос	«Дышите ровно, через нос»

Провести гигиеническую обработку рук		
15.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	«Обрабатываю руки кожным антисептиком»
Выполнить аускультацию легких		
18	Поставить головку стетофонендоскопа симметричные участки правой и левой половины грудной клетки в следующей последовательности:	«При аускультации легких головку стетофонендоскопа ставлю в симметричные участки правой и левой половины грудной клетки»
28	Попросить пациента сложить руки в замок и заложить руки за голову	«Сложите пожалуйста руки в замок и заложите за голову»
29	Поставить головку стетофонендоскопа провод подмышечной области, ить аускультацию, постепенно спускаясь вниз до уровня 8 межреберья в симметричных участках грудной клетки по средней подмышечной линии,	«Провожу аускультацию подмышечной области постепенно спускаясь вниз до уровня 8 межреберья в симметричных участках грудной клетки по средней подмышечной линии»
30	Попросить пациента опустить руки	«Опустите, пожалуйста, руки»
33	Попросить пациента слегка наклониться вперед, скрестить руки на груди, положив ладони на плечи	«Прошу Вас скрестить руки на груди, положив ладони на плечи и слегка наклониться вперед»
34	Поставить и передвигать головку стетофонендоскопа над симметричными участками по задней поверхности грудной клетки	«Передвигаю головку стетофонендоскопа над симметричными участками по задней поверхности грудной клетки»
41	Попросить пациента опустить руки	«Опустите руки, пожалуйста»
42	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как вы себя чувствуете?»
43	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	«Обследование закончено. Вы можете одеваться. Необходима ли Вам помощь при этом?»
Провести гигиеническую обработку рук		
51	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	«Обрабатываю руки кожным антисептиком»

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Фантом для аускультации лёгких – 1 шт.
2. Кушетка медицинская – 1шт.
3. Стол для записей – 1 шт.
4. Стул
5. Стетофонендоскоп – 1 шт.
6. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одну попытку)
7. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 2 шт. на одну попытку)
8. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
9. Ёмкость-контейнер для сбора острых отходов класса «Б»
10. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного
11. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета
12. Шариковая ручка для заполнения медицинской документации
13. Медицинская карта пациента (форма 003/у) (из расчета 1 бланк на все попытки)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата «__» _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Проведение сравнительной перкуссии легких

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	Сказать	
4.	Сообщить пациенту о процедуре	Сказать	
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
7.	Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды	Сказать	
8.	Предложить или помочь пациенту занять положение стоя или сидя на стуле опущенными вдоль туловища руками	Сказать	
9.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос	Сказать	
10.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Выполнить/ Сказать	
	Выполнение процедуры		
11.	Встать напротив пациента	Выполнить	
12.	Средний палец (плессиметр) левой руки плотно прижимают слева над ключицей – параллельно ей (другие пальцы не должны касаться поверхности грудной клетки) в качестве пальца-молоточка используется 3 палец правой кисти, концевая фаланга которого согнута под прямым углом к основной, а удары наносятся строго перпендикулярно к плессиметру	Выполнить/ Сказать	
13.	Палец-плессиметр устанавливается справа над ключицей – параллельно ей, проводится перкуссия как указано выше. Далее указывается только место перкуссии	Выполнить	
14.	Перкуссия проводится в первом межреберье справа	Выполнить	
15.	Перкуссия проводится в первом межреберье слева	Выполнить	
16.	Перкуссия проводится во втором межреберье слева	Выполнить	
17.	Перкуссия проводится во втором межреберье	Выполнить	

	справа		
18.	Перкуссия проводится в третьем межреберье справа	Выполнить	
19.	Перкуссия проводится в третьем межреберье слева	Выполнить	
20.	Перкуссия проводится в четвертом межреберье слева	Выполнить	
21.	Перкуссия проводится в пятом межреберье слева	Выполнить	
22.	Встать сзади от пациента	Выполнить	
23.	Попросить пациента слегка наклониться вперед, руки скрестить на груди, положив ладони на плечи	Сказать	
24.	Поставить палец – плессиметр параллельно ости левой лопатки	Выполнить	
25.	Поставить палец – плессиметр параллельно ости правой лопатки	Выполнить	
26.	Перемещаем палец – плессиметр параллельно позвоночнику, ближе к правой лопатке и перкутируем прикорневую зону	Выполнить	
27.	Перемещаем палец – плессиметр параллельно позвоночнику, ближе к левой лопатке и перкутируем прикорневую зону	Выполнить	
28.	Повторяем перкуссию параллельно позвоночнику вдоль лопатки слева и справа	Выполнить	
29.	Ставим палец-плессиметр параллельно межреберью справа и слева 7	Выполнить	
30.	Ставим палец-плессиметр параллельно межреберью слева и справа 8	Выполнить	
31.	Ставим палец-плессиметр параллельно межреберью справа и слева 9	Выполнить	
32.	Ставим палец-плессиметр параллельно 10 межреберью слева и справа	Выполнить	
33.	Попросить пациента опустить руки	Сказать	
34.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	Сказать	
35.	Уточнить у пациента о его самочувствии и ощущениях	Сказать	
36.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	Сказать	
37.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Выполнить/ сказать	
38.	Сделать запись о результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	Сказать	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: проведение сравнительной перкуссии легких

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте!» «Меня зовут ____ (ФИО)» «Вам необходимо провести сравнительную перкуссию (выстукивание) легких»
2.	Попросить представиться пациента	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о процедуре	«Вам необходимо провести сравнительную перкуссию (выстукивание) легких»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	«Целью сравнительной перкуссии легких является выявление патологического очага в легких или плевральной полости. Перкуссия будет проводится в положении пациента стоя»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» Проговорить- «возражения пациента на выполнение процедуры нет»
7.	Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды	«Освободите, пожалуйста, верхнюю половину грудной клетки от одежды»
8.	Предложить или помочь пациенту занять положение стоя	«Встаньте с опущенными вдоль тела руками»
9.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос	«Дышите ровно, через нос»
10.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	«Обрабатываю руки кожным антисептиком»
12	Средний палец (плессиметр) левой руки плотно прижимают слева над ключицей – параллельно ей (другие пальцы не должны касаться поверхности грудной клетки) в качестве пальца-молоточка используется 3 палец правой кисти, концевая фаланга которого согнута под прямым углом к основной, а удары наносятся строго перпендикулярно к плессиметру	«При перкуссии легких палец-плессиметр ставлю на симметричные участки правой и левой половины грудной клетки. Слева – до 5 межреберья последовательно. Справа до 3 межреберья, 4 и 5 межреберья пропускаю, из-за расположения сердца»
23	Попросить пациента слегка наклониться вперед, руки скрестить на груди, положив ладони на плечи	«Прошу пациента слегка наклониться вперед, руки скрестить на груди, положив ладони на плечи»
33	Попросить пациента опустить руки	«Опустите, пожалуйста, руки»
34	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	«Осмотр закончен и можно одеваться»
35	Уточнить у пациента о его самочувствии и ощущениях	«Как Вы себя чувствуете?»

36	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	«Обследование закончено. Вы можете одеваться. Необходима ли Вам помощь при этом?»
37	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
38	Сделать запись о результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	«Делаю записать о результате Обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)»

Оборудование и оснащение для практического навыка:

1. Тренажер для перкуссии лёгких
2. Стол для записей
3. Стул
4. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одну попытку).
5. Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций (достаточно имитации)
6. Шариковая ручка для заполнения медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки)
7. Медицинская карта пациента (форма 003/у) (из расчета 1 бланк на все попытки)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата «__» _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: проведение аускультации сердца

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	Сказать	
4.	Сообщить пациенту о назначении фельдшера	Сказать	
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение, сидя на стуле, стоя или лежа на спине	Сказать	
Подготовка к проведению процедуры			
8.	Убедиться, что фонендоскоп находится в рабочем положении	Выполнить	
9.	Обработать оливы и мембрану фонендоскопа салфеткой с антисептиком	Выполнить/ сказать	
10.	Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды	Сказать	
11.	Предложить пациенту встать или сесть с опущенными вдоль туловища руками	Сказать	
12.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос, предупредить, что в нужное время он задержит дыхание	Сказать	
13.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Выполнить/ сказать	
14.	Встать сбоку или спереди от пациента	Выполнить	
15.	Пальпаторно определить место верхушечного толчка	Выполнить	
16.	При необходимости поддерживать левой рукой пациента за плечо	Выполнить	
Выполнение процедуры			
17.	Вставить оливы стетофонендоскопа в наружные слуховые проходы	Выполнить	
18.	Поставить мембрану стетофонендоскопа участки правой и левой половины передней поверхности грудной клетки в последовательности:	Выполнить /сказать	

19.	Слева в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии (митральный клапан – верхушка сердца)	Выполнить /сказать	
20.	Справа во 2-м межреберье (на 2 см правее края грудины) по окологрудной линии (клапан аорты)	Выполнить /сказать	
21.	Слева во 2-м межреберье (на 2 см левее края грудины) по окологрудной линии (клапан легочной артерии)	Выполнить /сказать	
22.	В месте прикрепления 5 реберного хряща у нижнего конца грудины справа (трехстворчатый клапан)	Выполнить /сказать	
23.	На уровне 3-го межреберья у левого края грудины (точка Боткина-Эрба, аортальный клапан)	Выполнить /сказать	
24.	Выслушать всю область сердца, передвигая стетоскоп по межреберьям с небольшими промежутками	Выполнить /сказать	
25.	Оценить частоту сердечных сокращений в минуту по числу первых тонов сердца	Сказать	
26.	Оценить ритмичность сердечных сокращений, ясность тонов и наличие шумов	Сказать	
27.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться (помочь при необходимости)	Сказать	
28.	Уточнить у пациента о его самочувствии. Попрощаться с пациентом	Сказать	
Завершение процедуры			
29.	Вскрыть упаковку с салфеткой с антисептиком и извлечь ее из упаковки	Выполнить	
30.	Поместить упаковку салфетки в ёмкость-контейнер для медицинских отходов класса А	Выполнить	
31.	Обработать (протереть) оливы и мембрану фонендоскопа салфеткой с антисептиком	Выполнить/сказать	
32.	Поместить использованную салфетку в ёмкость-контейнер для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
33.	Обработать руки кожным антисептиком гигиеническим способом	Выполнить	
34.	Сделать записать о результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	Выполнить	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: проведение аускультации сердца

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к вам обращаться?»
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о назначении фельдшера	«Вам необходимо произвести аускультацию (выслушивание) сердца»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	«Я сейчас проведу Вам аускультацию (выслушивание) сердца»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» Проговорить «Возражений пациента на выполнение процедуры нет»
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение, сидя на стуле, стоя или лежа на спине	«Займите удобное положение на кушетке, в положение, лежа на спине»
8.	Обработать оливы и мембрану фонендоскопа салфеткой с антисептиком	«Обрабатываю оливы и мембрану фонендоскопа антисептиком»
9.	Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды	«Разденьтесь, пожалуйста, до пояса»
10.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос, предупредить, что в нужное время он задержит дыхание	«Дышите, пожалуйста, ровно, через нос»
11.	Поставить головку стетофонендоскопа и выслушать последовательно в 5 точек аускультации сердца	«Для того чтобы шумы при дыхании не мешали обследованию, пациента просят периодически задерживать дыхание на 4–6 секунд (предварительно больной должен глубоко вдохнуть). Во всех точках выслушиваются два тона, неодинаковых по тембру, ритмично повторяющихся с частотой 60-80 в минуту».
12.	Поставить головку стетофонендоскопа в точку в области верхушечного толчка или при его отсутствии в V межреберье на 1-1,5 см внутрь от среднеключичной линии	В области верхушечного толчка или при его отсутствии в V межреберье на 1-1,5 см внутрь от среднеключичной линии по громкости первый тон выслушивается

		всегда сильнее второго, выслушивается митральный клапан»
13.	Поставить головку стетофонендоскопа в точку во II межреберье справа от грудины	«Во II межреберье справа от грудины выслушивается аортальный клапан»
14.	Поставить головку стетофонендоскопа в точку во II слева от грудины	«Во II межреберье справа от грудины выслушивается пульмональный клапан»
15.	Поставить головку стетофонендоскопа в точку IV межреберье слева от грудины / мечевидный отросток	«В IV межреберье слева от грудины / мечевидный отросток выслушивается трикуспидальный клапан»
16.	Поставить головку стетофонендоскопа в точку Боткина-Эрба - в III межреберье от левого края грудины	«В III межреберье от левого края грудины выслушивается дополнительно аортальный клапан»
17.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться (помочь при необходимости)	«Осмотр закончен, можете одеваться»
18.	Спросить у пациента о его самочувствии	«Как вы себя чувствуете?»
19.	Обработать (протереть) оливы и мембрану фонендоскопа салфеткой с антисептиком	«Обрабатываю оливы и мембрану фонендоскопа антисептиком»
20.	Сделать записать о результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	«Делаю запись о результатах выполнения процедуры в медицинской карте пациента (форма 003/у)»

Оборудование и оснащение для практического навыка:

1. Кушетка медицинская – 1 шт.
2. Стол для записей – 1 шт.
3. Стул
4. Стетофонендоскоп – 1 шт.
5. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одну попытку)
6. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 2 шт. на одну попытку)
7. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
8. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного
9. Шариковая ручка для заполнения медицинской документации.
10. Медицинская карта пациента (форма 003/у) (из расчета 1 бланк на все попытки).

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата «__» _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: Определение относительных границ сердца

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	Сказать	
4.	Сообщить пациенту о процедуре	Сказать	
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
7.	Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды	Сказать	
8.	Предложить или помочь пациенту занять положение стоя, сидя на стуле опущенными вдоль туловища руками или лежа на спине	Сказать	
9.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос	Сказать	
10.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Выполнить/ Сказать	
	Выполнение процедуры		
11.	Встать (сесть) напротив пациента	Выполнить	
12.	Определить нижнюю границу правого легкого (уровень стояния диафрагмы). Средний палец (плессиметр) левой руки плотно прижимают на уровне 2 межреберья по средне-ключичной линии (другие пальцы не должны касаться поверхности грудной клетки) в качестве пальца-молоточка используется 3 палец правой кисти, концевая фаланга которого согнута под прямым углом к основной, а удары наносятся строго перпендикулярно к плессиметру. Отметка границ производится в месте переходя ясного перкуторного звука в притупленный по краю пальца, обращенному в сторону ясного звука.	Выполнить/ Сказать	
13.	Определить правую границу относительной тупости сердца. Палец-плессиметр устанавливается вертикально по средне-ключичной линии в IV межреберье. Применяют тихую перкуссию, удары наносят по концевой фаланге (валику), при этом первый удар –	Выполнить/ Сказать	

	короткий и отрывистый, а второй удар – припечатывающий.		
14.	Определить верхнюю границу сердца. Перкуссия проводится слева от ключицы вниз между стеральной и парастеральной линиями, палец-плессиметр располагается параллельно искомой границе	Выполнить/ Сказать	
15.	Определить пальпаторно верхушечный толчок	Выполнить/ Сказать	
16.	Определить левую границу сердца. Палец-плессиметр ставится вертикально на 2 см кнаружи от верхушечного толчка и перемещают кнутри. Если его не удалось обнаружить, то перкуссию проводят в V межреберье, начиная от передней подмышечной линии по направлению к груди.	Выполнить/ Сказать	
17.	Измерить поперечный размер сердца. Линейкой (сантиметром) измеряют расстояние от крайних точек относительной тупости сердца до передней срединной линии. Сумма этих величин составляет поперечный размер сердца	Выполнить/ Сказать	
18.	Оценить границы и поперечный размер сердца	Сказать	
19.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	Сказать	
20.	Уточнить у пациента о его самочувствии и ощущениях	Сказать	
21.	Попрощаться с пациентом	Сказать	
	Завершение процедуры		
22.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Выполнить/ Сказать	
23.	Сделать запись о результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	Сказать	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Определение относительных границ сердца

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментария
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» «Вам необходимо провести определение границ сердца»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к вам обращаться?»
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о процедуре	«Необходимо определить границы Вашего сердца»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	«Сейчас я проведу вам определение границ сердца»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» Проговорить- «Возражения пациента на выполнение процедуры нет»
7.	Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды	«Разденьтесь, пожалуйста до пояса»
8.	Предложить или помочь пациенту занять положение стоя, сидя на стуле опущенными вдоль туловища руками или лежа на спине	«Займите удобное положение стоя, сидя лежа на спине с опущенными вдоль тела руками»
9.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос	«Дышите, пожалуйста, ровно, через нос»
10.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	«Обрабатываю руки кожным антисептиком»
12.	Определить нижнюю границу правого легкого (уровень стояния диафрагмы). Средний палец (плессиметр) левой руки плотно прижимают на уровне 2 межреберья по средне-ключичной линии (другие пальцы не должны касаться поверхности грудной клетки) в качестве пальца-молоточка используется 3 палец правой кисти, концевая фаланга которого согнута под прямым углом к основной, а удары наносятся строго перпендикулярно к плессиметру. Отметка границ производится в месте переходя ясного перкуторного звука в притупленный по краю пальца, обращенному в сторону ясного звука.	«Вначале определяю нижнюю границу правого легкого (уровень стояния диафрагмы), используя методику перкуссии легких»
13.	Определить правую границу относительной тупости сердца. Палец-плессиметр устанавливается вертикально по средне-ключичной	«Определяю границы относительной сердечной тупости палец-плессиметр располагаю параллельно ожидаемой границе. Применяю тихую перкуссию,

	линии в IV межреберье. Применяют	удары наношу по концевой фаланге
	тихую перкуссию, удары наносят по концевой фаланге (валику), при этом первый удар – короткий и отрывистый, а второй удар – припечатывающий.	(валику), при этом первый удар – короткий И отрывистый, а второй удар – припечатывающий. Отметку границ провожу в месте переходя ясного перкуторного звука в притупленный по краю пальца, обращенному в сторону ясного звука»
14.	Определить верхнюю границу сердца. Перкуссия проводится слева от ключицы вниз между стеральной и парастеральной линиями, палец-плессиметр располагается параллельно искомой границе	«Палец-плессиметр устанавливаю в I межреберье таким образом, чтобы его кончик располагался на левой парастеральной линии. Перкуссию провожу сверху вниз по ребрам и межреберьям до появления притупленного звука»
15.	Определить пальпаторно верхушечный толчок	«Вначале пальпаторно определяю верхушечный толчок, затем левую границу относительной тупости сердца. Палец-плессиметр устанавливаю вертикально (параллельно ожидаемой границе) и перкутирую по V межреберью, отступя от верхушечного толчка 2 см. или от передней подмышечной линии»
16.	Определить левую границу сердца. Палец-плессиметр ставится вертикально на 2 см кнаружи от верхушечного толчка и перемещают кнутри. Если его не удалось обнаружить, то перкуссию проводят в V межреберье, начиная от передней подмышечной линии по направлению к груди.	«Определяю левую границу сердца»
17.	Измерить поперечный размер сердца. Линейкой (сантиметром) измеряют расстояние от крайних точек относительной тупости сердца до передней срединной линии. Сумма этих величин составляет поперечный размер сердца	«Линейкой или сантиметром измеряю расстояние от крайних точек относительной тупости сердца до передней срединной линии. Справа в IV и слева в V межреберье. Сумма составляет поперечный размер сердца»
18.	Оценить границы и поперечный размер сердца	«В норме: правая граница сердца располагается в IV межреберье по правому краю грудины с максимальным удалением от него не более 1,5 см.; верхняя граница сердца располагается в III межреберье по левой парастеральной линии или по верхнему краю III ребра; левая граница сердца определяется в V межреберье на 0,5–1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии и совпадает с верхушечным толчком. В норме расстояние от правой границы относительной тупости

		в IV межреберье до передней срединной линии равно 3-4 см, от левой в V межреберье – 8-9 см, сумма этих величин
		составляет поперечный размер сердца (11-13 см)»
19.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться	«Осмотр закончен, можно одеваться»
20.	Уточнить у пациента о его самочувствии и ощущениях	«Как Вы себя чувствуете?»
21.	Попрощаться с пациентом	«Прощаюсь с пациентом, если необходимо назначаю следующую встречу»
22.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
23.	Сделать запись О результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	«Делаю запись о результате обследования в Медицинской карте пациента (форма 003/у)»

Оборудование и оснащение для практического навыка:

1. Тренажер для перкуссии сердца
2. Стол для записей
3. Стул
4. Линейка или сантиметр
5. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одну попытку)
6. Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций (достаточно имитации)
7. Шариковая ручка для заполнения медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки экзаменуемого)
8. Медицинская карта пациента (форма 003/у) (из расчета 1 бланк на все попытки)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата « » 20 г.

Проверяемый практический навык: проведение электрокардиографии

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	
2	Попросить пациента представиться	Сказать	
3	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	
4	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	
5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Выполнить/ сказать	
6	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
7	Застелить кушетку одноразовой простыней	Выполнить	
8	Предложить (помочь) пациенту раздеться до пояса и обнажить область голени	Выполнить/ сказать	
9	Уложить пациента на кушетку/Предложить пациенту лечь на кушетку на спине с вытянутыми вдоль туловища руками для максимального расслабления мышц	Выполнить/ сказать	
10	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	Выполнить/ сказать	
	Выполнение процедуры		
11	Нанести на пластинчатые электроды гель и установить их в следующем порядке:	Выполнить/ Сказать	
12	- красный цвет(R) – правое предплечье	Выполнить	
13	- желтый цвет(L) – левое предплечье	Выполнить	
14	- зеленый цвет(F) – левая голень	Выполнить	
15	- черный цвет (N, заземляющий провод) – правая голень	Выполнить	
16	Перед наложением электродов необходимо смочить электроды гелем (Акугель) или раствором электролита	Выполнить	
17	На грудь установить 6 грудных электродов, используя резиновые груши-присоски в следующем порядке: V1 – четвертое межреберье справа от грудины (красный)	Выполнить	
18	V2 - четвертое межреберье слева от грудины (желтый)	Выполнить	
19	V3 – между позицией V2 и V4 (зеленый)	Выполнить	

20	V4 – пятое межреберье по левой средней ключичной линии (коричневый)	Выполнить	
21	V5 –пятое межреберье по левой передней подмышечной линии (черный)	Выполнить	
22	V6 –пятое межреберье по левой средней подмышечной линии (фиолетовый)	Выполнить	
23	Включить тумблер электрокардиографа	Выполнить	
24	Нажать кнопку «пуск» и провести последовательно запись ЭКГ во всех стандартных и грудных отведениях	Выполнить	
25	Оценить содержание записи на предмет неотложных состояний	Сказать	
	Окончание процедуры		
26	По завершению процедуры выключить тумблер электрокардиографа	Выполнить	
27	Снять электроды с пациента, завершая процесс снятием черного электрода	Выполнить	
28	Предложить пациенту удалить излишки геля Акугель бумажной одноразовой салфеткой, одеться	Выполнить/ сказать	
29	Поместить бумажную салфетку в емкость для отходов класса А	Выполнить	
30	Обработать электроды салфеткой с антисептиком	Выполнить	
31	Поместить салфетки с антисептиком в емкость для отходов класса А	Выполнить	
32	Поместить одноразовую простынь в емкость для отходов класса А	Выполнить	
33	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	Выполнить/ сказать	
34	Уточнить у пациента самочувствие	Сказать	
35	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	Выполнить/ сказать	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: проведение электрокардиографии

№ п/п	Практические действия	Примерный текст комментариев
1.	Поздороваться с пациентом (и/или его представителем). Представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Я – фельдшер. Меня зовут (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о назначении процедуры	«Вам необходимо провести электрокардиографию»
5.	Объяснить ход и цель процедуры:	«Исследование проводится в положении лежа, целью электрокардиографии является запись работы сердца»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение этого исследования? Возражения пациента на выполнение процедуры нет»
7.	Накрыть кушетку одноразовой простыней	«Накрываю кушетку одноразовой простыней»
8.	Предложить пациенту освободить от одежды грудь, голени и предплечья	«Освободите от одежды грудь, голени и предплечья»
9.	Предложить или помочь пациенту занять положение на кушетке дышать спокойно и расслабиться	«Займите удобное положение на кушетке, лежа на спине, с вытянутыми вдоль туловища руками. Необходимо ли Вам при этом помощь? Во время процедуры лежите спокойно, расслабьтесь и не двигайтесь»
10.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	«Обрабатываю руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)»
11.	Обезжирить спиртом кожу внутренней поверхности голени и предплечий в нижней трети.	«Необходимо обезжирить спиртом кожу внутренней поверхности голени и предплечий в нижней трети»
12.	Утилизировать спиртовую салфетку в отходы класса Б.	«Утилизирую спиртовую салфетку в отходы класса «Б»»
13.	Нанести токопроводящий гель на предполагаемые места установки электродов (или смочить водой или 5-10% раствором хлорида натрия)	«Наношу токопроводящий гель на места установки электродов»
14.	Утилизировать ватный тампон в отходы класса «Б».	«Утилизирую ватный тампон в отходы класса «Б»»

15.	Наложить электроды, соответственно маркировке	«Устанавливаю электроды в следующем порядке: красный цвет (R) – правое предплечье желтый цвет (L) – левое предплечье зеленый цвет (F) – левая голень черный цвет (заземление) – правая голень»
16.	Установить грудной электрод в шести отведениях	«Наношу токопроводящий гель на 6 грудных электродов, и устанавливаю их, используя груши-присоски в следующем порядке: V1 – четвертое межреберье права от грудины (красный) V2 – четвертое межреберье слева от грудины (желтый) V3 – между позицией V2 и V4 (зеленый) V4 – пятое межреберье по левой средне-ключичной линии (коричневый) V5 – пятое межреберье по левой передней подмышечной линии (черный)» V6 – пятое межреберье по левой средней подмышечной линии (фиолетовый)»
17.	Включить аппарат, нажав на кнопку «ВКЛ / ВЫКЛ»	«Включаю аппарат, нажав на кнопку «ВКЛ / ВЫКЛ» (на дисплее появится изображение «АВТО »)
18.	Проверить установку контрольного милливольта и скорости	«Проверяю установку контрольного милливольта и скорости: на дисплее над кнопкой «mm/mV» должна отображаться цифра 10, а над кнопкой «mm/S» - 50»
19.	Произвести настройку автоматической записи 3-х каналов	«Произвожу настройку автоматической записи 3-х каналов, нажав на кнопку (до появления вместо «АВТО » изображения – «АВТО 3К»)
20.	Произвести автоматическую запись 12 отведений, нажав на кнопку «ПУСК»	«Произвожу автоматическую запись 12 отведений, нажав на кнопку «ПУСК»
21.	Если выявлена аритмия, записать 8 -10 циклов в отведении II	Если выявлена аритмия, записываю 8 -10 циклов в отведении II: нажимаю кнопку до появления на дисплее вместо «АВТО 3К» изображения «II», а затем нажимаю на «ПУСК»
22.	Оценить содержание записи на предмет неотложных состояний	«Оцениваю содержание записи на предмет неотложных состояний. При изменениях на ЭКГ

		вызываю врача, пациента не отпускаю до его прихода»
23.	Выключить аппарат, нажав на кнопку « ВКЛ / ВЫКЛ »	Выполнить
24.	Снять электроды с пациента, завершая процесс снятием черного электрода	Выполнить
25.	Предложить пациенту удалить излишки геля бумажной одноразовой салфеткой, одеться	«Удалите излишки геля бумажной одноразовой салфеткой. Вам нужна моя помощь? Одевайтесь!»
30.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	«Обрабатываю руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)»
31.	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
32.	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	«Складываю кардиограмму с конца в начало, подписываю ФИО пациента полностью, число, месяц, год рождения, дату, время регистрации ЭКГ. Регистрирую ЭКГ в журнале и передаю врачу на расшифровку.

Оборудование и оснащение для практического навыка:

1. Фантом (полноростовой) взрослого пациента для размещения электродов и снятия ЭКГ по 12 отведениям или манекен для физикального обследования с возможностью регистрации ЭКГ в 12 отведениях
2. Кушетка медицинская
3. Одноразовая простыня (из расчета 1 шт. на одну попытку)
4. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одну попытку)
5. Гель электропроводящий (Акугель)
6. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 3 шт. на одну попытку)
7. Электрокардиограф
8. Шариковая ручка для заполнения медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки)
9. Стол для размещения оснащения
10. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
11. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
12. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного
13. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета
14. Медицинская документация: паспортная часть медицинской карты амбулаторного больного и журнал регистрации электрокардиограммы (из расчета 1 шт на все попытки)
15. Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций (достаточно имитации)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата « » 20 г.

Проверяемый практический навык: Проведение пальпации затылочных, околоушных и подчелюстных лимфатических узлов

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	Сказать	
4.	Сообщить пациенту о процедуре	Сказать	
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	
	Подготовка к проведению процедуры		
7.	Предложить или помочь пациенту занять положение стоя или сидя на стуле	Сказать	
8.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос	Сказать	
9.	Согреть руки	Сказать	
10.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Выполнить/ Сказать	
	Выполнение процедуры		
11.	Встать напротив пациента	Выполнить	
12.	Предложить или помочь пациенту занять положение стоя или сидя на стуле слегка наклонив голову	Сказать	
13.	Вначале ощупывают затылочные лимфатические узлы, которые располагаются в области прикрепления мышц головы и шеи к Затылочной кости. Пальпацию проводят Одновременно с обеих сторон легкими круговыми движениями подушечками указательного и среднего пальцев	Выполнить/ Сказать	
14.	Затем прощупывают заушные лимфоузлы, которые находятся позади ушной раковины на сосцевидном отростке височной кости	Выполнить/ Сказать	
15.	Далее приступают к пальпации околоушных лимфоузлов, располагающихся в области околоушной слюнной железы	Выполнить/ Сказать	
16.	Для пальпации поднижнечелюстных узлов фельдшер укладывает пальцы кисти медиальнее края нижней челюсти с обеих сторон и мягко проводит пальцы кнаружи к	Выполнить/ Сказать	

	углу челюсти		
17.	Подбородочный лимфоузел пальпируется одним пальцем правой руки, левая слегка придерживает голову пациента	Выполнить/ Сказать	
18.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен	Сказать	
19.	Уточнить у пациента о его самочувствии и ощущениях	Сказать	
20.	Попрощаться с пациентом	Сказать	
	Завершение процедуры		
21.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	Сказать	
22.	Сделать запись о результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	Сказать	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Проведение пальпации затылочных, околоушных и подчелюстных лимфатических узлов

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментария
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» «Вам необходимо провести пальпацию лимфоузлов»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Сверить Ф.И.О. пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о процедуре	«Вам необходимо провести пальпацию затылочных, околоушных и подчелюстных лимфоузлов»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	«Целью пальпации лимфоузлов является выявление патологического очага. Пальпация будет проводится в положении стоя»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» Проговорить- «возражения пациента на выполнение процедуры нет»
7.	Предложить или помочь пациенту занять положение стоя или сидя на стуле	«Встаньте, пожалуйста, и наклоните слегка голову»
8.	Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос	«Дышите ровно, через нос»
9.	Согреть руки	«Согреваю руки легким растиранием»
10.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	«Обрабатываю руки кожным антисептиком»
12.	Предложить или помочь пациенту занять положение стоя или сидя на стуле слегка наклонив голову	«Пальпация будет проводится в положении стоя, встаньте, пожалуйста»
13.	Вначале ощупывают затылочные лимфатические узлы, которые располагаются в области прикрепления мышц головы и шеи к затылочной кости. Пальпацию проводят одновременно с обеих сторон легкими круговыми движениями подушечками указательного и среднего пальцев	«Пальпирую лимфоузлы в указанной последовательности 1 – 2 или тремя пальцами, можно одновременно обеими руками на симметричных местах или подчелюстные попеременно слева и справа, слегка наклоняя голову в пальпируемую сторону. При пальпации начитать нужно с безболезненной стороны»
14.	Затем прощупывают заушные лимфоузлы, которые находятся позади ушной раковины на сосцевидном отростке височной кости	«Прощупываю заушные лимфоузлы, которые находятся позади ушной раковины на сосцевидном отростке височной кости»
15.	Далее приступают к пальпации околоушных лимфоузлов, располагающихся в области околоушной слюнной железы	«Пальпирую околоушные лимфоузлы, располагающиеся в области околоушной слюнной железы»
16.	Для пальпации поднижнечелюстных	«Укладываю пальцы кисти медиальнее края

	узлов фельдшер укладывает пальцы кисти медиальнее края нижней челюсти с обеих сторон и мягко проводит пальцы кнаружи к углу челюсти	нижней челюсти с обеих сторон и мягко провожу пальцы кнаружи к углу челюсти»
17.	Подбородочный лимфоузел пальпируется одним пальцем правой руки, левая слегка придерживает голову пациента	«Подбородочный лимфоузел пальпирую одним пальцем правой руки, левая слегка придерживает голову пациента»
18.	Сообщить пациенту, что осмотр закончен	«Сообщаю пациенту, что осмотр закончен и можно одеваться»
19.	Уточнить у пациента о его самочувствии и ощущениях	«Спрашиваю, как чувствует себя пациент, не стало ли ему хуже»
20.	Попрощаться с пациентом	«Прощаюсь с пациентом, если необходимо назначаю следующую встречу»
21.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
22.	Сделать запись о результате обследования в медицинской карте пациента (форма 003/у)	«Делаю запись о результате Обследования в Медицинской карте пациента (форма 003/у). Отмечаю болезненность, форму, размер, плотность и спаянность с подлежащими тканями лимфоузлов»

Оборудование и оснащение для практического навыка:

1. Фантом для пальпации лимфоузлов
2. Стол для записей
3. Стул
4. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одну попытку)
5. Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций (достаточно имитации)
6. Шариковая ручка для заполнения медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки экзаменуемого)
7. Медицинская карта пациента (форма 003/у) (из расчета 1 бланк на все попытки экзаменуемого)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата «___» _____ 20___ г.

Проверяемый практический навык: Проведение транспортной иммобилизации при переломе костей верхних конечностей (предплечья)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль).	Сказать	
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться).	Сказать	
3.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Объяснить ход и цель процедуры.	Выполнить/ Сказать	
4.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение (сидя).	Выполнить/ Сказать	
5.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	Выполнить	
6.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
7.	Осмотреть место травмы для определения характера повреждения	Сказать	
8.	Подготовить шину Крамера - обернуть ватой; - фиксировать бинтом.	Выполнить (действие оценивается в 0 баллов при невыполнении хотя бы одной позиции)	
9.	Смоделировать шину по контуру здоровой руки (от пястных фаланговых суставов до середины плеча).	Выполнить	
10.	Придать конечности среднефизиологическое положение: - согнуть поврежденную конечность в локтевом суставе под прямым углом; - предплечье привести в среднее положение между пронацией и супинацией; - кисть немного разогнуть; - вложить в ладонь плотный ватный валик.	Выполнить (действие оценивается в 0 баллов при невыполнении хотя бы одной позиции).	
11.	Уложить поврежденную конечность на подготовленную шину.	Выполнить	
12.	Провести легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси.	Выполнить	

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Отметка о выполнении
13.	Фиксировать шину к кисти восьмиобразной повязкой, оставив пальцы открытыми.	Выполнить	
14.	Фиксировать шину к предплечью спиральной повязкой.	Выполнить	
15.	Иммобилизовать поврежденную конечность с помощью косынки: - середину косынки подвести под предплечье; - один конец косынки расположить между предплечьем и туловищем и провести через здоровое плечо, другой, находящееся спереди предплечье – через поврежденное плечо; - оба конца завязать сзади на шее, вершину косынки загнуть и закрепить спереди булавкой.	Выполнить	
16.	Сообщить пострадавшему о результатах иммобилизации и дальнейших действиях.	Сказать	
17.	Снять перчатки и поместить их в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
18.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	Выполнить	
19.	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	
20.	Сделать запись о факте иммобилизации в медицинскую карту амбулаторного больного.	Выполнить	

Эталон ответа при выполнении практического навыка: Проведение транспортной иммобилизации при переломе костей верхних конечностей (предплечья)

№ п/п	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль).	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____ (ФИО)» Я – фельдшер. «Вам необходимо провести иммобилизацию верхней конечности _____ (указать наименование в соответствии с условием)»
2.	Идентифицировать пациента	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
4.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение (сидя).	«Присаживайтесь, пожалуйста, на стул»
5.	Осмотреть место травмы для определения характера повреждения	Проговорить «У пациента закрытый перелом лучевой кости правого предплечья»
6.	Сообщить пострадавшему о результатах иммобилизации и дальнейших действиях.	Проговорить «Иммобилизация конечности выполнена. Мы должны Вас направить на рентгенографию верхней конечности»
7.	Уточнить у пациента о его самочувствии после выполнения процедуры	«Как Вы себя чувствуете?» «Имеются ли неприятные или болезненные ощущения в месте наложения шины?»
8.	Снять перчатки и поместить в соответствующий класс отходов. Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	«Снимаю перчатки и помещаю их в емкость для отходов класса «Б». Обрабатываю руки гигиеническим способом. Кожным антисептиком»
9.	Сделать запись о факте иммобилизации в медицинскую карту амбулаторного больного	«Факт иммобилизации фиксирую в медицинскую карту амбулаторного больного.»

Оборудование и оснащение для практического навыка:

1. Статист
2. Стул – 1 шт.
3. Письменный стол – 1 шт.
4. Транспортная (стандартная) шина Крамера 60x8 см – 1 шт.
5. Ножницы хирургические – 1 шт.
6. Емкость для утилизации отходов класса Б.
7. Кожный антисептик для обработки рук.
8. Бинты (средние, широкие) – 2 шт.
9. Вата медицинская.
10. Косынка – 1 шт.

11. Булавка – 1 шт.
12. Перчатки медицинские нестерильные – 1 пара.
13. Медицинская карта амбулаторного больного – 1 шт.
14. Шариковая ручка – 1 шт.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Специальность: 31.02.01

Лечебное дело

Этап Государственного экзамена

Дата «__» _____ 20__ г.

Проверяемый практический навык: базовая сердечно-легочная реанимация

№ п/п	Перечень практических действий	Критерии оценки	Отметка о выполнении
1.	Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего	Сказать	
2.	Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи	Выполнить	
3.	Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»	Сказать	
4.	Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	Сказать	
5.	Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить	
6.	Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	Выполнить	
7.	Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути	Выполнить	
	Определить признаки жизни		
8.	Приблизить ухо к губам пострадавшего	Выполнить/ Сказать	
9.	Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего (для лиц с ОВЗ по зрению: определить экскурсию грудной клетки пострадавшего, положив руку на грудь)	Выполнить	
10.	Считать вслух до 10-ти	Сказать	
	Вызвать специалистов (СМП) по алгоритму		
11.	Факт вызова бригады	Сказать	
12.	Координаты места происшествия	Сказать	
13.	Количество пострадавших	Сказать	
14.	Пол	Сказать	
15.	Примерный возраст	Сказать	
16.	Состояние пострадавшего	Сказать	
17.	Предположительная причина состояния	Сказать	
18.	Объем Вашей помощи	Сказать	
	Подготовка к компрессиям грудной клетки		
19.	Встать на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему	Выполнить	

20.	Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды	Выполнить	
21.	Основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки пострадавшего	Выполнить	
22.	Вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в замок	Выполнить	
23.	Время до первой компрессии	Указать в секундах	
	Компрессии грудной клетки		
24.	Выполнить 30 компрессий подряд	Выполнить	
25.	Руки аккредитуемого вертикальны	Выполнить	
26.	Руки аккредитуемого не сгибаются в локтях	Выполнить	
27.	Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней	Выполнить	
28.	Компрессии отсчитываются вслух	Сказать	
	Искусственная вентиляция легких		
29.	Защита себя	Использовать устройство-маску полиэтиленовую с обратным клапаном для искусственной вентиляции легких	
30.	Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить	
31.	1-ым и 2-ым пальцами этой руки зажать нос пострадавшему	Выполнить	
32.	Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки	Выполнить	
33.	Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрать воздух в лёгкие	Выполнить	
34.	Обхватить губы пострадавшего своими губами	Выполнить	
35.	Произвести выдох в пострадавшего	Выполнить	
36.	Освободить губы пострадавшего на 1-2 секунды	Выполнить	
37.	Повторить выдох в пострадавшего	Выполнить	
	Критерии выполнения базовой сердечно-легочной реанимации		
38.	Глубина компрессий	Грудная клетка механического тренажера визуально продавливается на 5-6 см	

39.	Полное высвобождение рук между компрессиями	Во время выполнения компрессий руки аккредитуемого отрываются / не отрываются от поверхности тренажера	
40.	Частота компрессий	Частота компрессий составляет 100-120 в минуту	
41.	Базовая сердечно-легочная реанимация продолжалась циклично (2 цикла подряд)	Оценить (1 цикл □ 30:2)	
	Завершение испытания		
42.	При команде: «Осталась 1 минута»	Реанимация не прекращалась	
43.	Перед выходом	Участник не озвучил претензии к своему выполнению	
	Нерегламентированные и небезопасные действия		
44.	Компрессии вообще не производились	Поддерживалось /«Да» Не поддерживалось / «Нет» искусственное кровообращение	
45.	Центральный пульс	Не тратил время на отдельную проверку пульса на сонной артерии вне оценки дыхания	
46.	Периферический пульс	Не пальпировал места проекции лучевой (и/или других периферических) артерий	
47.	Оценка неврологического статуса	Не тратил время на проверку реакции зрачков на свет	
48.	Сбор анамнеза	Не задавал лишних вопросов, не искал медицинскую документацию	

49.	Поиск нерегламентированных приспособлений	Не искал в карманах пострадавшего лекарства, не тратил время на поиск платочков, бинтиков, тряпочек	
50.	Риск заражения	Не проводил ИВЛ без средства защиты	
51.	Другие нерегламентированные и небезопасные действия	Указать количество	
52.	Общее впечатление эксперта	БСЛР оказывалась профессионально	

Процент выполнения задания _____

ФИО члена ГЭК _____

Подпись

Эталон ответа при выполнении практического навыка: базовая сердечно-легочная реанимация

№ (п/п)	Практическое действие	Примерный текст комментариев
1.	Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего.	«Опасности нет»
3.	Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»	«Вам нужна помощь?»
4.	Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	«Помогите, человеку плохо!»
8.	Приблизить ухо к губам пострадавшего	Проговорить: «Дыхания нет!»
10.	Считать вслух до 10-ти	«Один, два, три,... и т.д. десять»
11.	Факт вызова бригады	Проговорить: «Я набираю номер 112 для вызова скорой медицинской помощи»
12.	Координаты места происшествия	Назвать любой адрес
13.	Количество пострадавших	«Количество пострадавших - 1 человек»
14.	Пол	Указать любой пол
15.	Примерный возраст	Указать любой возраст старше 30 лет
16.	Состояние пострадавшего	«Пострадавший без сознания, без дыхания, без пульса на сонной артерии»
17.	Предположительная причина состояния	«Предположительная причина состояния □ внезапная остановка кровообращения»
18.	Объем Вашей помощи	«Я приступаю к непрямому массажу сердца и искусственной вентиляции легких»
28.	Компрессии отсчитываются вслух	«Один, два, три,... и т.д. тридцать»

Оборудование и оснащение для практического навыка:

1. Торс механический взрослого для отработки приемов сердечно-легочной реанимации, лежащий на полу
2. Напольный коврик
3. Устройство-маска полиэтиленовая с обратным клапаном для искусственной вентиляции легких (из расчета 1 маска на все попытки)
4. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 3 шт. на одну попытку аккредитуемого)
5. Салфетка марлевая нестерильная, размер 110x125 мм (из расчета 1 шт. на одну попытку)

Ознакомительный вариант банка тестовых заданий для I этапа Государственного экзамена (с эталонами ответа)

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ

- + А) тошнота
- Б) склонность к запорам
- В) горечь во рту
- Г) изжога

2. ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- + А) мерцательной аритмии
- Б) синусовой тахикардии
- В) синусовой брадикардии
- Г) блокаде левой ножки пучка Гиса

3. ПРАВАЯ ГРАНИЦА АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА В НОРМЕ ПРОХОДИТ

- + А) по левому краю грудины
- Б) на 1 см кнаружи от правого края грудины
- В) по правому краю грудины
- Г) на 2 см кнаружи от правого края грудины

4. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕГКИХ ПО ПЕРЕДНЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ СООТВЕТСТВУЕТ РЕБРУ

- + А) 7
- Б) 8
- В) 6
- Г) 5

5. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- + А) на вдохе и выдохе
- Б) при форсированном выдохе
- В) на выдохе
- Г) на вдохе

6. ПОСЛОЙНОЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ

- + А) томография
- Б) бронхография
- В) спирография
- Г) пневмотахометрия

7. ЗАМЕЩЕНИЕ ТКАНИ ЛЕГКОГО НА СОЕДИНИТЕЛЬНУЮ НАЗЫВАЕТСЯ

- + А) пневмосклероз
- Б) ателектаз
- В) пневмония
- Г) эмфизема

8. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- + А) глюкозурия
- Б) бактериурия
- В) пиурия
- Г) гематурия

9. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

- + А) влажные
- Б) гиперемированы
- В) желтушные
- Г) сухие

10. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО

- + А) снижение цветового показателя
- Б) повышение цветового показателя
- В) лейкоцитоз
- Г) отсутствие ретикулоцитов

11. ДЛЯ ФУРУНКУЛА ХАРАКТЕРНО

- + А) гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула
- Б) острое гнойное поражение потовой железы
- В) острое гнойное воспаление всех слоев кожи
- Г) гнойное расплавление подкожно-жировой клетчатки

12. ДЛЯ ФЛЕГМОНЫ ХАРАКТЕРНО

- + А) разлитое гнойное воспаление клетчатки
- Б) отграниченная форма гнойного воспаления
- В) гнойное воспаление кожи
- Г) гнойное воспаление апокриновых потовых желез

13. РАНА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОНИКАЮЩЕЙ, ЕСЛИ

- + А) повреждены мягкие ткани и пограничная серозная оболочка (плевра, брюшина)
- Б) в ней находится инородное тело
- В) повреждены только кожа и подкожная клетчатка
- Г) повреждены мышцы и кости

14. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ФОРМЫ РАКА КИШЕЧНИКА

- + А) кишечная непроходимость
- Б) анемия
- В) повышение температуры тела
- Г) тупые, ноющие боли

15. МЕСТНЫЙ СИМПТОМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

- + А) гиперемия кожи с четкими границами
- Б) подергивание мышц
- В) разлитое покраснение кожи
- Г) инфильтрация с цианотичным оттенком

16. ФЛЮКТУАЦИЯ - ЭТО

- + А) «размягчение» в центре инфильтрата
- Б) появление пузырей на гиперемированной коже
- В) судорожное сокращение мимических мышц
- Г) «хруст» при пальпации кожи

17. ЖИВОТ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

- + А) асимметричен, вздут
- Б) не изменен
- В) доскообразный

Г) втянут

18. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

- + А) постоянные, сильные боли в правом подреберье
- Б) постоянные, сильные боли в правой подвздошной области
- В) опоясывающие, тупые боли
- Г) «кинжальные» боли в эпигастрии

19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- + А) пищевая
- Б) инфекционная
- В) лекарственная
- Г) ингаляционная

20. ПРОЯВЛЕНИЕМ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) поражение желудочно-кишечного тракта
- Б) поражение печени
- В) поражение органов дыхания
- Г) общие реакции

21. ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВОГО СУБСТРАТА ПРИ ЛЕЙКОЗАХ ОСНОВАНА НА ОЦЕНКЕ

- + А) миелограммы
- Б) ЭКГ
- В) иммуноферментного анализа
- Г) общего анализа мочи

22. РОСТ РЕБЕНКА ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ НА (СМ)

- + А) 25
- Б) 30
- В) 35
- Г) 15

23. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕЛЕЗИСТОГО АППАРАТА КОЖИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- + А) недоразвитие потовых желез, хорошее развитие сальных желез
- Б) хорошее развитие потовых, недоразвитие сальных желез
- В) хорошее развитие потовых и сальных желез
- Г) недоразвитие потовых и сальных желез

24. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) горизонтальное расположение ребер
- Б) широкая плевральная щель
- В) низкое стояние диафрагмы
- Г) наличие реберных четок

25. МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО НАБЛЮДАЕТСЯ НА

- + А) 3-5-й день жизни

- Б) 1-2-й день жизни
- В) 5-6-й день жизни
- Г) 7-8-й день жизни

26. МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ

- + А) до 10 % массы тела при рождении
- Б) до 5 % массы тела при рождении
- В) 6-8 % массы тела при рождении
- Г) до 20 % массы тела при рождении

27. ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- + А) степень дыхательной недостаточности
- Б) кашель
- В) локализованные хрипы
- Г) гепатоспленомегалия

28. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) одышка
- Б) коробочный оттенок перкуторного звука
- В) сухие хрипы с обеих сторон
- Г) регионарный лимфаденит

29. ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОКСЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) поверхностное дыхание
- Б) повышение температуры
- В) повышение метаболизма
- Г) анемия

30. ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЗРЕЛОГО ЖЕНСКОГО МОЛОКА ПО СРАВНЕНИЮ С МОЛОЗИВОМ

- + А) ниже
- Б) выше
- В) такая же
- Г) зависит от возраста женщины

31. ПОКАЗАТЕЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ИЗМЕРЯЕМЫЙ С ПОМОЩЬЮ СТАНОВОГО ДИНАМОМЕТРА

- + А) сила мышц спины
- Б) сила мышц кисти
- В) жизненную емкость легких
- Г) рост

32. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРЕН КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ В ТЕЧЕНИЕ

- + А) 3 месяцев не менее 2-х лет
- Б) 2 месяцев не менее 3-х лет
- В) 3 месяцев не менее 3-х лет
- Г) 4 месяцев не менее 3-х лет

33. ЭКСПИРАТОРНЫЙ ХАРАКТЕР ОДЫШКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- + А) бронхиальной астмы
- Б) крупозной пневмонии
- В) абсцесса легкого
- Г) отека легких

34. АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ДАННЫЕ ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- + А) сухие свистящие хрипы
- Б) шум трения плевры
- В) крепитация
- Г) влажные хрипы

35. ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА И УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- + А) долевого пневмонии
- Б) острого бронхита
- В) бронхиальной астмы
- Г) экссудативного плеврита

36. ПАЛЫЦЫ В ВИДЕ «БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК» И НОГТИ В ВИДЕ «ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- + А) бронхоэктатической болезни
- Б) крупозной пневмонии
- В) экссудативного плеврита
- Г) острого бронхита

37. ВОСПАЛЕНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ, ЛЕТУЧЕСТЬ БОЛЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- + А) ревматического полиартрита
- Б) ревматоидного артрита
- В) подагры
- Г) деформирующего остеоартроза

38. СИМПТОМ «КОШАЧЬЕГО МУРЛЫКАНИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- + А) митральном стенозе
- Б) митральной недостаточности
- В) инфаркте миокарда
- Г) стенокардии

39. ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ («ПЛЯСКА КАРОТИД») НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- + А) аортальной недостаточности
- Б) аортальном стенозе
- В) митральной недостаточности
- Г) митральном стенозе

40. ТВЕРДЫЙ, НАПРЯЖЕННЫЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- + А) гипертоническом кризе
- Б) кардиогенном шоке
- В) коллапсе
- Г) обмороке

41. СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ИРРАДИИРУЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 5-10 МИНУТ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- + А) стенокардии
- Б) инфаркта миокарда
- В) гипертонического криза
- Г) инфекционного эндокардита

42. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ, ПРИ КОТОРОМ ПРИСТУП БОЛИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ХОДЬБЕ МЕНЕЕ ЧЕМ НА 100 М ИЛИ В ПОКОЕ

- + А) четвертый
- Б) третий
- В) второй
- Г) первый

43. ПОЗДНИЕ, «ГОЛОДНЫЕ», НОЧНЫЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- + А) язвенной болезни 12-перстной кишки
- Б) язвенной болезни желудка
- В) хронического энтерита
- Г) хронического колита

44. ТРИАДА СИМПТОМОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- + А) гематурия, отеки, гипертония
- Б) пиурия, бактериурия, гипертония
- В) гематурия, бактериурия, отеки
- Г) лейкоцитурия, цилиндрурия, отеки

45. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

- + А) бледность кожи, трофические расстройства, извращение вкуса, одышка
- Б) бледность кожи, кровоточивость, лихорадка, увеличение лимфоузлов
- В) бледность кожи, глоссит, нарушение чувствительности
- Г) бледность кожи, кровоизлияния, лихорадка

46. ТАХИКАРДИЯ, ЭКЗОФТАЛЬМ, ТРЕМОР НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

- + А) диффузном токсическом зобе
- Б) гипотиреозе
- В) сахарном диабете
- Г) акромегалии

47. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) рентгенография грудной клетки
- Б) анализ крови
- В) плевральная пункция
- Г) анализ мокроты

48. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) бронхография
- Б) рентгеноскопия грудной клетки
- В) спирография
- Г) флюорография

49. МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) флюорография

- Б) бронхоскопия
- В) бронхография
- Г) спирография

50. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ
ГАСТРОДУОДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) эндоскопическое исследование
- Б) желудочное зондирование
- В) рентгенологическое исследование
- Г) ультразвуковое исследование

51. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ «НИШИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- + А) язвенной болезни
- Б) холецистита
- В) гастрита
- Г) панкреатита

52. ИРРИГОСКОПИЯ - ЭТО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- + А) толстого кишечника
- Б) тонкого кишечника
- В) желудка
- Г) мочевого пузыря

53. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА

- + А) экскреторная урография
- Б) холецистография
- В) томография
- Г) ирригоскопия

54. СИМПТОМ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- + А) облитерирующего эндартериита
- Б) варикозного расширения вен нижних конечностей
- В) повреждения седалищного нерва
- Г) переломов костей нижних конечностей

55. СИМПТОМ СИТКОВСКОГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- + А) остром аппендиците
- Б) остром холецистите
- В) почечной колике
- Г) остром панкреатите

56. ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- + А) схваткообразными болями в животе
- Б) острой кинжальной болью в животе
- В) ноющими болями в животе
- Г) частым жидким стулом

57. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

- + А) Щёткина-Блюмберга
- Б) Ортнера
- В) Мерфи

Г) Пастернацкого

58. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) ректальное исследование
- Б) лапароскопия
- В) обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- Г) лапароцентез

59. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКЦИИ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) ультразвуковое исследование
- Б) лапароцентез
- В) обзорная рентгенография брюшной полости
- Г) ирригоскопия

60. ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ МНОГОКРАТНЫХ ПРИСТУПОВ РВОТЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- + А) синдрома Меллори-Вейса
- Б) синдрома мальабсорбции
- В) интоксикационного синдрома
- Г) паранеопластического синдрома

61. ЗАЩИТНОЕ МЫШЕЧНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- + А) перитонита
- Б) почечной колики
- В) эзофагита
- Г) гастрита

62. НАЛИЧИЕ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- + А) визуально и пальпаторно
- Б) рентгенологически и пальпаторно
- В) только визуально

Г) с помощью магнитно-резонансной томографии

63. ОСМОТР ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРОИЗВОДЯТ В ПОЛОЖЕНИИ

- А) стоя
- Б) лежа на спине
- В) лежа на животе
- Г) с приподнятыми ногами

64. ШУМ ПЛЕСКА (СИМПТОМ СКЛЯРОВ+ А) ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- + А) кишечной непроходимости
- Б) аппендиците
- В) гастрите
- Г) язвенной болезни желудка

65. МАРШЕВАЯ ПРОБА ДЕЛЬБЕ-ПЕРТЕСА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБОЙ НА ПРОХОДИМОСТЬ

- + А) глубоких вен нижних конечностей
- Б) пищевода
- В) артерий нижних конечностей
- Г) кишечника

66. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ РЕБРОМ ЛАДОНИ ПО РЕБЕРНОЙ дуге над печенью характерно для симптома

- + А) Ортнера
- Б) Образцова
- В) Воскресенского
- Г) Ровзинга

67. ПРИ СИМПТОМЕ ЩЁТКИНА-БЛЮМБЕРГА БОЛЬ

- + А) усиливается в момент отнятия руки от брюшной стенки при пальпации
- Б) усиливается при надавливании на переднюю брюшную стенку
- В) постоянно одинаково выражена
- Г) усиливается при пальпации пациента в положении стоя

68. ДЛЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ

- + А) ранее вправимое грыжевое выпячивание не вправляется, резко болезненно
- Б) исчезновение печеночной тупости
- В) опоясывающая боль
- Г) грыжевое выпячивание свободно вправляется

69. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- + А) постоянные, сильные боли в правой подвздошной области
- Б) постоянные, резкие боли в правом подреберье
- В) опоясывающие, тупого характера
- Г) кинжальные в эпигастрии

70. К МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ОТНОСИТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ

- + А) амилазы
- Б) общего белка
- В) мочевины
- Г) гематокрита

71. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) симптом раздражения брюшины
- Б) рвота
- В) неотхождение газов и кала
- Г) болезненность живота при пальпации

72. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЖА НА

- + А) правом боку
- Б) левом боку
- В) спине

Г) животе

73. МЕСТНЫМ СИМПТОМ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ РОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) гиперемия кожи с четкими границами по типу языков пламени
- Б) инфильтрация с цианотичным оттенком кожи
- В) депигментация участка кожи
- Г) очаг цианоза

74. СИМПТОМ ФЛЮКТУАЦИИ ПРИ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- + А) размягчением в центре инфильтрата
- Б) крепитацией при пальпации
- В) судорожным сокращением мимических мышц
- Г) появлением пузырей на гиперемированной коже

75. ГИДРАДЕНИТ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- + А) в подмышечной ямке
- Б) в паховой складке
- В) на задней поверхности шеи
- Г) на передней поверхности бедра

76. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ

- + А) фиброгастродуоденоскопии
- Б) ультразвукового исследования
- В) обзорной рентгенографии
- Г) компьютерной томографии

77. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) колоноскопия
- Б) ирригоскопия
- В) обзорная рентгенография
- Г) УЗИ

78. ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ СВЯЗЫВАЮТ С ИНФИЦИРОВАНИЕМ

- + А) стрептококками
- Б) микоплазмами
- В) клебсиеллой
- Г) гемофильной палочкой

79. СКЛЕРОДЕРМИЯ У ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

- + А) кожи
- Б) суставов
- В) сосудов
- Г) нервов

80. ЛЕГКАЯ ИНТЕРМИТИРУЮЩАЯ СТЕПЕНЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ПРИСТУПОВ

- + А) менее 1 раза в неделю
- Б) менее 1 раза в месяц
- В) не чаще 1 -2 раза в неделю
- Г) приступы не возникают

81. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) высокий уровень ^E
- Б) лейкоцитоз
- В) ускоренное СОЭ
- Г) LE-клетки

82. ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) абсцесс легкого
- Б) ателектаз
- В) гемоторакс
- Г) туберкулез

83. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ

- + А) времени кровотечения
- Б) времени свертывания
- В) протромбинового индекса
- Г) протромбинового времени

84. БОЛЬНЫЕ ДЕТИ С ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА

- + А) жажду
- Б) прибавку в весе
- В) боли в суставах
- Г) повышение аппетита

85. БОЛЬНЫЕ ДЕТИ С ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА

- + А) похудание
- Б) прибавку в весе
- В) потливость
- Г) боли в суставах

86. ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ ОСНОВАНА НА ОПРЕДЕЛЕНИИ

- + А) ТТГ (тиреотропного гормона), T_4
- Б) основного обмена
- В) антител к глиадину
- Г) уровня комплимента

87. ПРИОБРЕТЕННЫЙ РЕВМАТИЧЕСКИЙ ПОРОК СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

- + А) митральный стеноз

- Б) тетрада Фалло
- В) дефект межжелудочковой перегородки
- Г) дефект межпредсердной перегородки

88. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) ревматизм
- Б) фиброэластоз
- В) системная красная волчанка
- Г) септический эндокардит

89. У ДЕТЕЙ МАЛАЯ ХОРЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) основным "большим" критерием ревматизма
- Б) дополнительным "малым" критерием ревматизма
- В) проявлением ДЦП
- Г) основным критерием ревматоидного артрита

90. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ДЕТЕЙ ПОРАЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- + А) девочек
- Б) мальчиков
- В) равно оба пола
- Г) в детском возрасте не встречается

91. ЭРИТЕМА, НАПОМИНАЮЩАЯ ОЧЕРТАНИЯМИ БАБОЧКУ (У ДЕТЕЙ), ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- + А) системной красной волчанки
- Б) склеродермии
- В) ревматизма
- Г) атопического дерматита

92. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ В ВИДЕ САБЕЛЬНОГО УДАРА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- + А) склеродермии
- Б) системной красной волчанки
- В) ревматизма
- Г) атопического дерматита

93. ГЕМОФИЛИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) X-сцепленным рецессивным заболеванием
- Б) X-сцепленным доминантным заболеванием
- В) Y-сцепленным заболеванием
- Г) аутосомно-рецессивным заболеванием

94. ПАТОГЕНЕЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕН

- + А) патологией сосудистой стенки
- Б) тромбоцитопенией
- В) гематомами
- Г) дефицитом факторов свертывания

95. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- + А) гематом
- Б) петехий
- В) экхимозов
- Г) папул

96. КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

- + А) дефицитом плазменных факторов свертывания у детей
- Б) нарушением сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза
- В) патологией сосудистой стенки
- Г) эндотелиальной дисфункции

97. ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I
ТИПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) вирусные инфекции
- Б) скарлатина
- В) коклюш
- Г) дифтерия

98. УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА В КРОВИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ
ГИПОТИРЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

- + А) повышен
- Б) понижен
- В) без изменений
- Г) сначала повышается, затем снижается

99. ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

- + А) замедляется
- Б) ускоряется
- В) незначительно замедляется
- Г) соответствует биологическому возрасту ребенка

100. СТАФИЛОКОККОВАЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- + А) выраженной интоксикацией
- Б) отсутствием кашля
- В) сухими хрипами
- Г) лимфоцитозом с атипичными мононуклеарами

101. ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- + А) экспираторной одышкой
- Б) инспираторной одышкой
- В) влажными мелкопузырчатыми хрипами
- Г) притуплением перкуторного звука

102. АТЕЛЕКТАЗ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- + А) инородном теле бронха
- Б) обструктивном бронхите
- В) бронхиальной астме
- Г) остром трахеите

103. ПЕРКУТОРНО ПРИ ГНОЙНОМ ПЛЕВРИТЕ НАД ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ

ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- + А) притупление
- Б) тимпанический характер перкуторного звука
- В) коробочный звук
- Г) ясный легочный звук

104. КАШЕЛЬ ПРИ ТРАХЕОБРОНХИТЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЯМИ

- + А) за грудиной
- Б) в горле
- В) в боку
- Г) в носоглотке

105. БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- + А) ячеистым легочным рисунком на рентгенограмме
- Б) снижением легочного рисунка на рентгенограмме
- В) пятнисто-папулезной сыпью
- Г) сухими хрипами диффузно

106. ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- + А) крупы
- Б) пневмонии
- В) бронхиолите
- Г) бронхиальной астме

107. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- + А) бронхиальной астмы
- Б) крупы
- В) пневмонии
- Г) простого бронхита

108. ПРИ ЦИСТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- + А) слизистая мочевого пузыря
- Б) интерстиций ткани почек
- В) корковое и мозговое вещество почек
- Г) чашечно- лоханочный аппарат

109. ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- + А) с 6 месяцев до 5 лет
- Б) с рождения до 5 лет
- В) с рождения до 6 месяцев
- Г) с 1 года до 12 лет

110. У ДЕТЕЙ АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПРОИСХОДИТ

- + А) к 2 месяцам жизни
- Б) к рождению
- В) к 6 месяцам жизни
- Г) к 12 месяцам жизни

111. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕГО КРАЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- + А) второе ребро

- Б) второе межреберье
- В) третье ребро
- Г) третье межреберье

112. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛЕВОГО НАРУЖНЕГО КРАЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ У РЕБЕНКА 2-6 ЛЕТ

- + А) 1 -2 см снаружи от левой средне-ключичной линии
- Б) 1 -2 см внутри от левой средне-ключичной линии
- В) 1 -2 см от передней аксиллярной линии
- Г) по передней аксиллярной линии

113. У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ, В НОРМЕ НИЖНИЙ КРАЙ ПЕЧЕНИ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ПО СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ СПРАВА

- + А) на 2-3 см ниже реберной дуги
- Б) по реберной дуге
- В) на 4-5 см ниже реберной дуги
- Г) на 1 -2 см ниже реберной дуги

114. У ДЕТЕЙ, В НОРМЕ ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПЕЧЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ

- + А) по 5 ребру
- Б) по 4 ребру
- В) по 4 межреберью
- Г) 5 межреберью

115. ТУРГОР МЯГКИХ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- + А) ощущение сопротивления, получаемого при сдавливании кожи и подкожной клетчатки
- Б) ощущение своеобразного треска крепитации при надавливании
- В) ощущение, возникающее при придавливании мягких тканей к близко лежащей кости
- Г) ощущение сопротивления, получаемого при сдавливании мышечной ткани

116. ПОСТОЯННАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ПАЛЬПАЦИИ ПОДЧЕЛЮСТНЫХ, ПАХОВЫХ И ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С

- + А) поверхностным расположением
- Б) незрелостью иммунных реакций
- В) постоянным травмированием бассейнов сбора лимфы
- Г) генетической детерминированностью

117. ОГРАНИЧЕНИЕ РАЗВЕДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ У РЕБЕНКА В 3-Х МЕСЯЧНОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО СВЯЗАНО С

- + А) дисплазией тазобедренных суставов
- Б) гемартрозом тазобедренных суставов вследствие родовой травмы
- В) воспалением тазобедренных суставов
- Г) остеомиелитом

118. ГАРРИСОНОВА БОРОЗДА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- + А) рахита
- Б) пневмонии
- В) диабета
- Г) остеопороза

119. КРАНИОТАБЕС - ЭТО СИМПТОМ

- + А) рахита
- Б) опухоли головного мозга
- В) экзикоза
- Г) гидроцефалии

120. ГЕМАРТРОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- + А) гемофилии
- Б) ревматизма
- В) ревматоидного артрита
- Г) геморрагического васкулита

121. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) папула
- Б) экхимоз
- В) везикула
- Г) пустула

122. ПАПУЛЕЗНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- + А) геморрагического васкулита
- Б) тромбоцитопении
- В) гемофилии
- Г) лейкоза

123. БОЛИ В ЖИВОТЕ В СОЧЕТАНИИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- + А) геморрагического васкулита
- Б) железодефицитной анемии
- В) гемофилии
- Г) тромбоцитопении

124. ОТЕКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- + А) клубочков почек
- Б) канальцев почек
- В) верхних мочевыводящих путей
- Г) нижних мочевыводящих путей

125. БЕСПОКОЙСТВО РЕБЕНКА ПЕРЕД И ПРИ МОЧЕИСПУСКАНИИ ХАРАКТЕРНО ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- + А) нижних мочевыводящих путей
- Б) верхних мочевыводящих путей
- В) клубочков почек
- Г) канальцев почек

126. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- + А) синдрома бронхиальной обструкции
- Б) инородного тела верхних дыхательных путей
- В) синдрома ларингоспазма и крупа
- Г) синдрома поражения верхних дыхательных путей

127. ДЛЯ СИНДРОМА МЕЛКООЧАГОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО

- + А) притупление перкуторного звука над легкими
- Б) коробочный оттенок перкуторного звука над легкими
- В) локальные влажные хрипы при аускультации
- Г) локальные сухие хрипы при аускультации

128. СИМПТОМЫ «БАРАБАННЫЕ ПАЛОЧКИ» И «ЧАСОВЫЕ СТЕКЛА» ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- + А) хронической гипоксии
- Б) хронической интоксикации
- В) острой интоксикации
- Г) острой гипоксии

129. ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ У ДЕТЕЙ

- + А) выслушиваются на вдохе и на выдохе
- Б) возникают при сужении бронхов
- В) при инородном теле бронхов
- Г) сохраняются при имитации дыхательных движений

130. ШУМ ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ

- + А) сохраняется при имитации дыхательных движений
- Б) исчезает после откашливания

В) выслушивается только на вдохе

Г) при надавливании фонендоскопом не изменяется

131. СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ВВЕРХ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- + А) стеноза митрального отверстия
- Б) недостаточности митрального клапана
- В) стеноза аортального отверстия
- Г) недостаточности аортального клапана

132. ДЛЯ МИОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

- + А) смещение границ относительной тупости сердца
- Б) хлопающий 1 тон
- В) диастолический шум
- Г) грубый систолический шум

133. ЖИДКИЙ, ВОДЯНИСТЫЙ СТУЛ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- + А) поражении тонкой кишки
- Б) поражении желудка и 12-перстной кишки
- В) спастических запорах
- Г) атонических запорах

134. ГИПОТРОФИЯ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИФЕКАЛИЕЙ И МЕТЕОРИЗМОМ ЧАЩЕ СВЯЗАНЫ С СИНДРОМОМ

- + А) мальабсорбции
- Б) поражения поджелудочной железы
- В) поражения 12-типерстной кишки

Г) поражения толстой кишки

135. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАДО ИСКЛЮЧИТЬ

- + А) острую хирургическую патологию
- Б) хронические заболевания органов пищеварения
- В) инфекционные заболевания
- Г) хронические заболевания органов мочевого выделения

136. ПРИ НАРУШЕНИИ МОТОРИКИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) ультразвуковая динамическая холецистография
- Б) эндоскопия
- В) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Г) желудочное зондирование

137. ОСОБЕННОСТЬ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

- + А) большая звучность тонов
- Б) приглушенность тонов
- В) акцент II тона на аорте
- Г) физиологическая брадикардия

138. ИНСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ СИНДРОМА

- + А) круп
- Б) поражения верхних дыхательных путей
- В) бронхиальной обструкции
- Г) сдавления бронхов

139. ОСОБЕННОСТЬЮ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) физиологическая тахикардия
- Б) приглушенность тонов
- В) акцент II тона на аорте
- Г) физиологическая брадикардия

140. ПРИ СИНДРОМЕ АТЕЛЕКТАЗА НАД ПОДЖАТЫМ ЛЕГКИМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- + А) ослабленное везикулярное дыхание
- Б) жесткое дыхание
- В) бронхиальное дыхание
- Г) пуэрильное дыхание

141. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА, ЭРИТРОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ В СОЧЕТАНИИ С ЛЕЙКОЦИТОЗОМ И БЛАСТЕМИЕЙ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- + А) лейкоза
- Б) гипопластической анемии
- В) тромбоцитопении
- Г) анемии

142. НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА

- + А) лейкопении
- Б) пролиферации
- В) геморрагического
- Г) анемического

143. ИКТЕРИЧНОСТЬ КОЖИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- + А) гемолитической анемии
- Б) железодефицитной анемии
- В) гипопластической анемии
- Г) постгеморрагической анемии

144. ГИПОТИРЕОЗ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- + А) сухостью кожных покровов
- Б) ускоренным психомоторным развитием
- В) поносами
- Г) обильной потливостью

145. КРИЗИСНЫЕ СИТУАЦИИ, ПРИВОДЯЩИЕ К ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СЕМЕЙНОЙ СТРУКТУРЫ

- + А) развод
- Б) свадьба
- В) поездка на курорт
- Г) повышение на службе

146. ПРЕДУПРЕЖДАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО

- + А) посредством пропаганды здорового образа жизни
- Б) посредством пропаганды вторичной профилактики
- В) посредством пропаганды третичной профилактики
- Г) посредством медикаментозного лечения

147. СЕМЬИ, НУЖДАЮЩИЕСЯ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПО СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ

- + А) семьи с неблагоприятными жилищными условиями
- Б) малообеспеченные семьи
- В) семьи с внебрачными детьми
- Г) семьи с первенцем у матери старше 35 лет

148. ПО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ В МЕДИКОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НУЖДАЮТСЯ СЕМЬИ С

- + А) низким качеством материнского ухода за детьми
- Б) ребенком-инвалидом от рождения
- В) психическими больными
- Г) часто и много болеющими детьми

149. ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО

- + А) разъяснить цель, эффективность операции, успокоить
- Б) выписать из стационара
- В) заставить его согласиться

Г) ничего не говорить

150. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ, НЕОБХОДИМО

+ А) спокойно разъяснить пациенту его состояние, убедить в немедленной диагностике и лечении

Б) немедленно выписать из отделения

В) ничего не объяснять

Г) сделать соответствующую запись в документации

151. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ПРИЗНАКОВ УДУШЬЯ

+ А) успокоить его и убедить в проведении лечебных манипуляций, назначенных врачом

Б) сидеть и держать его за руку

В) ввести физ. раствор внутривенно капельно

Г) уложить с приподнятым головным концом

152. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

+ А) взять расписку и предупредить о возможных осложнениях

Б) отпустить домой

В) успокоить

Г) ввести физ. раствор внутривенно капельно

153. ПРИ РАЗДРАЖЕННОМ ПОВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА, НЕ СВЯЗАННОМ С ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ

+ А) необходимо успокоить пациента, разъяснить цель, эффективность его лечения, настроить на скорейшее выздоровление

Б) проигнорировать

В) зафиксировать

Г) выписать из отделения

154. ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

+ А) нарушение кровообращения

Б) общее повышение температуры

В) зябкость конечности

Г) повышение артериального давления

155. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ НЕ ДОЛЖНЫ РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИМ ПРИНЦИПОМ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА

+ А) применять агрессивное лечение и осуществлять эвтаназию

Б) утверждать жизнь, рассматривая умирание как естественный процесс

В) указывать психологическую поддержку

Г) облегчать боль, устранять страдания и другие тягостные симптомы

156. КОГДА ЧЕЛОВЕК БЕЗНАДЕЖНО БОЛЕН, НЕОБХОДИМО

+ А) продолжать лечение, обеспечивая как можно более высокое качество жизни

Б) отказаться от всех видов лечения

В) посоветоваться с родственниками о лечении

Г) использовать нетрадиционные методы лечения

157. ЦЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

- + А) сохранение жизни пациента
- Б) коррекция неадаптивного поведения
- В) разрешение проблемы, приведшей к суицидальным тенденциям
- Г) повышение ответственности за собственную жизнь и здоровье

158. К СРЕДСТВАМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДА В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ОТНОСЯТ

- + А) выражение эмпатии и поддержки
- Б) кризисную интервенцию
- В) седативные средства
- Г) психотерапию

159. ПРИ ОБЩЕНИИ С ПАЦИЕНТОМ В СТАДИИ ГНЕВА НЕОБХОДНО

- + А) принять гнев пациента без ответного гнева и осуждения
- Б) указать на недопустимость агрессивных реакций
- В) дать седативное средство
- Г) направить пациента к психиатру

160. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

- + А) несоответствие ответа силе раздражителя
- Б) наличие судорог
- В) амнезия
- Г) продолжительность

161. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- + А) навязчивые воспоминания о психотравме
- Б) бредовые идеи
- В) галлюцинации
- Г) ослабление памяти

162. К ВНЕШНИМ ФОРМАМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОТНОСЯТ СУИЦИДАЛЬНЫЕ

- + А) попытки
- Б) замыслы
- В) намерения
- Г) мысли

163. ПРИ ОБЩЕНИИ С ПАЦИЕНТОМ В КРИЗИСЕ НЕЛЬЗЯ

- + А) говорить «все будет хорошо»
- Б) сочувствовать клиенту
- В) задавать клиенту много вопросов
- Г) позволять клиенту много плакать

164. БОЛЕЗНЕННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРА ПРИ СОХРАНЕНИИ ИНТЕЛЛЕКТА ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЕТСЯ

- + А) психопатия
- Б) невроз
- В) деформация
- Г) акцентуация

165. ПРИ ОБЩЕНИИ С ПАЦИЕНТОМ ФЕЛЬДШЕР ДОЛЖЕН РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ НОРМАМИ

- + А) биомедицинской этики
- Б) деонтологии
- В) биоэтики
- Г) философии

166. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ХАРАКТЕРНЫ

- + А) вязкость, обстоятельность мышления
- Б) резонерство и разноплановость суждений
- В) разорванность мышления
- Г) ускорение темпа мышления

167. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

- + А) достижение максимальной адаптации в рамках существующего заболевания
- Б) диагностика нарушений функций организма
- В) профилактика осложнений заболевания
- Г) оказание помощи при угрожающих жизни состояниях

168. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОГНОЗ ИНВАЛИДА ОПРЕДЕЛЯЕТ

- + А) вероятность реализации реабилитационного потенциала
- Б) возраст и пол пациента
- В) материально-бытовые условия проживания
- Г) вероятность развития инвалидности

169. ОСНОВНОЙ ДОКУМЕНТ, СОДЕРЖАЩИЙ СВЕДЕНИЯ О НАЗНАЧЕННЫХ МЕТОДАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

- + А) индивидуальная программа
- Б) направление на госпитализацию
- В) направление на МСЭ
- Г) листок нетрудоспособности

170. ОДНА ИЗ ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХОЛЕГОЧНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- + А) постуральный дренаж
- Б) лимфодренаж
- В) иглорефлексотерапия
- Г) рентгенография

171. ОДНА ИЗ ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХОЛЕГОЧНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- + А) ингаляционная терапия
- Б) амплипульстерапия
- В) УВЧ-терапия
- Г) психотерапия

172. ОПТИМАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

- + А) достижение стойкой компенсации функции

- Б) достижение частичной компенсации функции
- В) достижение временной компенсации функции
- Г) достижение ремиссии заболевания

173. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ИНВАЛИДОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА

- + А) инволютивной хрупкости
- Б) функциональной зависимости
- В) болевого
- Г) интоксикационного

174. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОДИНОКО ПРОЖИВАЮЩИХ ИНВАЛИДОВ ДОЛЖНА ПРЕДУСМАТРИВАТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПРИВЛЕЧЕНИЕ

- + А) социального работника
- Б) психолога
- В) психотерапевта
- Г) культуролога

175. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ-УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ДОЛЖНА ПРЕДУСМАТРИВАТЬ ИХ СОЦИАЛЬНУЮ

- + А) адаптацию
- Б) изоляцию
- В) инверсию
- Г) дискриминацию

176. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ-УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ДОЛЖНА ПРЕДУСМАТРИВАТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПРИВЛЕЧЕНИЕ

- + А) психотерапевта
- Б) психиатра
- В) юриста
- Г) фтизиатра

177. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ-УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ СЕРЬЁЗНЫХ ТРАВМАХ ИЛИ ПОТЕРЕ КОНЕЧНОСТЕЙ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ ИХ

- + А) протезирование
- Б) тестирование
- В) зондирование
- Г) стентирование

178. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ-УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ДОЛЖНА ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАТЬ

- + А) трудовую адаптацию
- Б) трудотерапию
- В) трудовую консультацию
- Г) трудовую экспертизу

179. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

ВСЛЕДСТВИЕ ОСТЕОАРТРОЗА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- + А) применение ортезов
- Б) применение ингаляций
- В) применение гипсовых повязок
- Г) применение шин для иммобилизации

180. ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- + А) дозированные физические нагрузки
- Б) дозированные психоэмоциональные нагрузки
- В) интенсивные физические нагрузки
- Г) интенсивные психоэмоциональные нагрузки

181. ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА В ФОРМЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ГЕМИПАРЕЗА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- + А) электростимуляцию мышц
- Б) лазеротерапию
- В) ультразвуковую терапию

Г) ультрафиолетовое облучение

182. ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЕТ

- + А) гемодиализ
- Б) гемодилуцию
- В) плазмаферез
- Г) форсированный диурез

183. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- + А) электромиостимуляции
- Б) электросна
- В) электрофореза кальция хлорида
- Г) электроаналгезии

184. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ГОНАРТРОЗА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ

- + А) лечебную гимнастику
- Б) трудотерапию
- В) психотерапию
- Г) дыхательную гимнастику

185. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ

- + А) когнитивные упражнения
- Б) трудотерапию
- В) дыхательные упражнения
- Г) аутогенную тренировку

186. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ МЕДИКОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ГЛАУКОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ

- + А) периметрию
- Б) спирометрию
- В) динамометрию
- Г) антропометрию

187. ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВКЛЮЧАЕТ КОРРЕКЦИЮ

- + А) полинейропатии
- Б) остеопатии
- В) коагулопатии
- Г) хондропатии

188. ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА В ФОРМЕ МОТОРНОЙ АФАЗИИ ВКЛЮЧАЕТ ПОМОЩЬ

- + А) логопеда
- Б) дефектолога
- В) психолога
- Г) психиатра

189. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ МЕДИКОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИМЕНЯЮТ

- + А) аудиометрию
- Б) спирометрию
- В) динамометрию
- Г) периметрию

190. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ МЕДИКОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

- + А) стабилотрии
- Б) спирометрии
- В) периметрии
- Г) динамометрии

191. ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- + А) на 2 года
- Б) на 4 года
- В) на 3 года
- Г) на 5 лет

192. РЕБЕНКУ ДО 18 ЛЕТ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- + А) категория «ребенок-инвалид»
- Б) I группа инвалидности
- В) II группа инвалидности

Г) III группа инвалидности

193. ДЛЯ НАЧИСЛЕНИЯ ПЕНСИИ СПРАВКА ОБ ИНВАЛИДНОСТИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ В

- + А) пенсионный фонд
- Б) фонд социального страхования

В) фонд медицинского страхования

Г) организацию работодателя

194. ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА ВЫДАЁТ

- + А) бюро медико-социальной экспертизы

Б) лечащий врач

В) врач-физиотерапевт

Г) фонд социального страхования

195. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ИНВАЛИДНОСТИ МУЖЧИНЫ 20 ЛЕТ, КОТОРЫЙ ПРИЗНАВАЛСЯ РЕБЁНКОМ-ИНВАЛИДОМ

- + А) инвалид с детства

Б) военная травма

В) общее заболевание

Г) трудовое увечье

196. ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ

- + А) лист нетрудоспособности

Б) выписка из стационара

В) амбулаторная карта

Г) санаторно-курортная карта

197. ИНВАЛИДНОСТЬ II ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА СРОК

- + А) 1 год

Б) 2 года

В) 3 года

Г) 4 года

198. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ В РОССИИ ЗАНИМАЮТ

- + А) болезни системы органов кровообращения

Б) инфекционные и паразитарные болезни

В) злокачественные новообразования

Г) отравления и травмы

199. РЕКОМЕНДАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ТРУДОВОМУ УСТРОЙСТВУ ГРАЖДАН ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ИСПОЛНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ

- + А) независимо от форм собственности

Б) только государственных

В) только частных

Г) муниципальной формы собственности

200. СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

- + А) дом-интернат

- Б) больница общего профиля
- В) центр социального обслуживания
- Г) противотуберкулезный диспансер

201. УСТАНОВЛИВАТЬ ДИАГНОЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ

- + А) врач-профпатолог
- Б) фельдшер скорой помощи
- В) заведующий отделением ЦРБ
- Г) врач здравпункта предприятия

202. УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НЕСТАЦИОНАРНОГО ТИПА

- + А) центр социального обслуживания
- Б) противотуберкулезный диспансер
- В) психоневрологический интернат
- Г) дом-интернат для престарелых и инвалидов

203. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

- + А) определения группы инвалидности
- Б) благоприятный клиничко-трудовой прогноз
- В) возможность смены профессии
- Г) ограничение физической активности

204. ИНВАЛИДНОСТЬ III ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА СРОК

- + А) 1 год
- Б) 2 года
- В) 3 года
- Г) 4 года

205. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ В САНАТОРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) эпилепсия
- Б) ишемическая болезнь сердца
- В) состояние после инфаркта
- Г) бронхиальная астма

206. ГИДРОТЕРАПИЯ - ЭТО МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- + А) пресной воды
- Б) минеральной воды
- В) морской соли
- Г) минеральной грязи

207. СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВО

- + А) призывает к интеграции инвалидов в окружающее общество, приспособление условий жизни в обществе для инвалидов
- Б) выступает за изоляцию инвалидов от остального общества
- В) способствует дотационному подходу к экономике инвалидов
- Г) в настоящее время не актуальна

208. ОБЯЗАННОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИКОСОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

- + А) определение группы инвалидности, ее причины и сроков

- Б) лечение и реабилитация инвалидов
- В) оказание медико-социальной помощи инвалидам
- Г) социальная защита инвалидов

209. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- + А) восстановление соответствующих профессиональных навыков или переобучение пациентов, решение вопросов их трудоустройства
- Б) восстановление утраченного здоровья, связанного с профессиональной деятельностью путем выдачи льгот
- В) разработку, принятие на государственном уровне соответствующих нормативно-правовых актов, регламентирующих укорочение рабочих часов определенных профессий
- Г) профилактическое лечение хронических заболеваний либо нарушений здоровья, связанных с профессиональной деятельностью

210. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- + А) разработку, принятие на государственном уровне соответствующих нормативно-правовых актов, гарантирующих инвалидам определенные социальные права и льготы
- Б) возвращение (реинтеграцию) больных и инвалидов в общество, с приобретением рабочего места в любой специализации
- В) юридическую поддержку инвалидов в случае проблем с социумом
- Г) мероприятия по своевременной профилактике и лечению психических нарушений, по формированию у пациентов сознательного и активного участия в реабилитационном процессе

211. ЦЕЛЬЮ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) ресоциализация с восстановлением социального статуса личности
- Б) возвращение к профессии
- В) борьба с профессиональными факторами риска
- Г) предупреждение возникновения профессиональных заболеваний

212. ЗАДАЧЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) развитие коммуникативных навыков
- Б) профилактика рецидивов болезни, связанных с профессиональной деятельностью
- В) ликвидация остаточных явлений болезни и восстановление функциональной активности организма
- Г) оказание неотложной помощи и предупреждение осложнений

213. ЗАДАЧА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА САНАТОРНОКУРОРТНОМ ЭТАПЕ

- + А) профилактика рецидивов болезни
- Б) трудовая адаптация больного в коллективе
- В) борьба с факторами риска возникновения заболевания
- Г) оказание психологической помощи

214. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ПРОВЕДЕНИЯ ЛФК В ДЕТСКОЙ КЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) игровой метод
- Б) организация спортивных соревнований
- В) самостоятельный метод
- Г) комбинированный метод ЛФК

215. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ (АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ) ВКЛЮЧАЕТ РАБОТУ

- + А) нарколога, психолога, социального работника
- Б) терапевта, медицинской сестры, врача-инфекциониста
- В) клинического психолога, фельдшера ФАП
- Г) главного врача психиатрического стационара, социального работника

216. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ НАПРАВЛЕНИЯМ

- + А) медицинская реабилитация раненых и больных с одновременным проведением психологической реабилитации, медико-психологическая реабилитация
- Б) оказание неотложной помощи при ранениях, применение психоактивных лекарственных средств
- В) лечение сопутствующих хронических заболеваний, медико-психологическая реабилитация
- Г) лечение психических расстройств, восстановление функций опорно-двигательного аппарата

217. К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ ОТНОСЯТ

- + А) социальную, профессиональную
- Б) общественную, взрослую
- В) общественную, детскую
- Г) социальную, взрослую

218. ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

- + А) ограничение приема поваренной соли
- Б) отказ от употребления рыбы
- В) отказ от употребления кисло-молочных продуктов
- Г) избегать физических нагрузок

219. ПРОТИВОПОЖАРНЫЕ ИНСТРУКТАЖИ ПО ХАРАКТЕРУ И ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

- + А) вводный, первичный на рабочем месте, повторный, внеплановый, целевой Б) вводный, первичный, внеплановый, повторный
- В) первичный, внеплановый, повторный, целевой
- Г) вторичный, третичный, внеплановый, целевой, повторный

220. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ (69-ФЗ СТАТЬЯ 37) НЕСЕТ

- + А) руководитель организации
- Б) инженер по пожарной безопасности организации
- В) руководители подразделений (отделений)
- Г) начальник управления кадров

221. ПРОТИВОПОЖАРНЫЙ ИНСТРУКТАЖ, КОТОРЫЙ ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ РАБОТНИКИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ПРИЕМЕ НА РАБОТУ (ПРИКАЗ МЧС РОССИИ ОТ 12.12.2007 №645 П.11)

- + А) вводный противопожарный инструктаж
- Б) целевой противопожарный инструктаж
- В) первичный противопожарный инструктаж

Г) внеплановый противопожарный инструктаж

222. ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА НА ЧЕЛОВЕКА НАБЛЮДАЕТСЯ В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА

+ А) он становится элементом электрической цепи и сила тока больше допустимого значения

Б) он прикасается к токоведущим частям оборудования

В) в сети напряжение больше допустимой величины

Г) есть разность потенциалов

223. ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ОЖОГАХ, ОКАЗЫВАЯ ПОМОЩЬ, НУЖНО

+ А) наложить стерильную повязку, завернуть в чистую ткань

Б) отрывать прилипшую одежду

В) смазывать пораженные участки мазями, жирами

Г) присыпать пищевой содой

224. НАЛОЖЕНИЕ ШТРАФА - ЭТО ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

+ А) административная

Б) дисциплинарная

В) уголовная

Г) материальная

225. ВЫГОВОР- ЭТО ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

+ А) дисциплинарная

Б) уголовная

В) материальная

Г) административная

226. ВНЕПЛАНОВЫЙ И ЦЕЛЕВОЙ ИНСТРУКТАЖ ПРОВОДИТ

+ А) непосредственный руководитель работ

Б) инженер по охране труда

В) юрисконсульт

Г) руководитель организации

227. ДОКУМЕНТ, КОТОРЫЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ПРОФСОЮЗНЫМ КОМИТЕТОМ ПРЕДПРИЯТИЯ С РАБОТОДАТЕЛЕМ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ТРУДА И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ

+ А) коллективный договор

Б) трудовой договор

В) должностная инструкция

Г) типовая инструкция

228. НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ПОДЛЕЖАТ РАССЛЕДОВАНИЮ С СОСТАВЛЕНИЕМ АКТА ПО ФОРМЕ Н-1 ПРИ ПОТЕРЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НА

+ А) 1 день и более

Б) 10 дней и более

В) 5 дней

Г) 7 дней

229. НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ СЧИТАЕТСЯ ГРУППОВЫМ ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ ПОСТРАДАВШИХ

+ А) 2 и более

- Б) 3 и более
- В) 3-4
- Г) 4-5

230. ВЕЩЕСТВА, КОТОРЫЕ ПРИ КОНТАКТЕ С ОРГАНИЗМОМ ЧЕЛОВЕКА, В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ БЕЗОПАСНОСТИ, МОГУТ ПРИВЕСТИ К ПРОИЗВОДСТВЕННЫМ ТРАВМАМ НАЗЫВАЮТ

- + А) опасные
- Б) вредные
- В) индикаторные
- Г) ароматические

231. НОРМИРОВАНИЕ ОСВЕЩЕННОСТИ РАБОЧИХ МЕСТ ПРОВОДИТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ

- + А) характеристики зрительной работы
- Б) вида освещения
- В) типа светильника
- Г) площади помещения

232. РАССЛЕДОВАНИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- + А) комиссией, назначенной руководителем организации
- Б) отделом охраны труда
- В) отделом внутренних дел
- Г) профсоюзным комитетом

233. В ОРГАНИЗАЦИИ СОЗДАЕТСЯ СЛУЖБА ОХРАНЫ ТРУДА ИЛИ ВВОДИТСЯ ДОЛЖНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО ОХРАНЕ ТРУДА, ЕСЛИ ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ ПРЕВЫШАЕТ

- + А) 50 человек
- Б) 100 человек
- В) 150 человек
- Г) 25 человек

234. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ОБСЛУЖИВАЕМОГО ФАП НАСЕЛЕНИЯ

- + А) 300-700 человек, включая детское население
- Б) 700-900 человек, только взрослое население
- В) 900-1300 человек, включая детское и взрослое население
- Г) 1300-1800 человек, только взрослое население

235. ПОД ОХРАНОЙ ТРУДА ПОНИМАЮТ

- + А) систему сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности
- Б) реабилитационные мероприятия для сохранения жизни работников
- В) экономические мероприятия для сохранения жизни работников
- Г) организационно-правовые мероприятия для сохранения жизни работников

236. ВИДЫ ИНСТРУКТАЖА ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ

- + А) первичный
- Б) текущий
- В) заключительный
- Г) основной

237. ВВОДНЫЙ ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ И ОХРАНЕ ТРУДА ПРОВОДЯТ С РАБОТНИКАМИ

- + А) принятыми впервые
- Б) при введении новых правил или стандартов
- В) при выполнении разовых работ, не связанных с прямыми обязанностями
- Г) с временными командировочными работниками

238. ВНЕПЛАНОВЫЙ ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ И ОХРАНЕ ТРУДА ПРОВОДЯТ

- + А) при введении новых стандартов и изменении технических процессов
- Б) 1 раз в 6 месяцев
- В) ежегодно
- Г) при приеме на работу

239. ЦЕЛЕВОЙ ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ И ОХРАНЕ ТРУДА ПРОВОДЯТ

- + А) при выполнении разовых работ, не связанных с прямыми обязанностями
- Б) 1 раз в 6 месяцев
- В) ежегодно
- Г) при приеме на работу

240. В ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НЕ ВХОДИТ

- + А) журнал регистрации первичных обращений
- Б) журнал учета первичных средств пожаротушения
- В) план эвакуации
- Г) перечень и программа инструктажей

241. БАЛЛОНЫ С КИСЛОРОДОМ В ЗДАНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ УСТАНОВЛИВАТЬ И ХРАНИТЬ

- + А) разрешается в специально отведенных помещениях
- Б) разрешается в подвальных помещениях
- В) запрещается
- Г) запрещается, если отсутствует централизованное водоснабжение

242. С ЦЕЛЬЮ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЛАТЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДУЕТ РАЗМЕЩАТЬ НА_ЭТАЖЕ ЗДАНИЙ

- + А) 1
- Б) 2
- В) 3
- Г) любом, при наличии в здании системы автоматического пожаротушения

243. КОМПЛЕКС ОРГАНИЗАЦИОННО-ТЕХНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ФАП ВКЛЮЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- + А) пожарных гидрантов, автоматической пожарной сигнализации; средств индивидуальной защиты органов дыхания и зрения, наличие средств пожаротушения
- Б) аптечки первой медицинской помощи
- В) в штате обученного специалиста по проведению пожаротушения
- Г) средств защиты от оружия массового поражения

244. СЖИГАТЬ ЛИСТВУ НА ТЕРРИТОРИИ, ПРИЛЕГАЮЩЕЙ К ФАП

- + А) запрещено
- Б) можно на специально оборудованном участке
- В) можно в присутствии лица, ответственного за противопожарную безопасность
- Г) можно, если костер будет разведен и потушен при соблюдении правил пожарной безопасности

245. СВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНЫ БЫТЬ УКАЗАНЫ В ПАСПОРТЕ ОГНЕТУШИТЕЛЯ

- + А) дата последней зарядки (проверки) и вес заряда
- Б) место изготовления и приобретения огнетушителя
- В) дата последнего использования (если было)
- Г) дата изготовления

246. НА ОБЪЕКТЕ ЗАЩИТЫ С МАССОВЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ ЛЮДЕЙ ПРАКТИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ ПЕРСОНАЛА ПО ЭВАКУАЦИИ ЛЮДЕЙ ПРИ ПОЖАРЕ ПРОВОДЯТСЯ НЕ РЕЖЕ

- + А) 1 раза в полугодие
- Б) 1 раза в квартал
- В) 2 раз в квартал
- Г) 1 раза в год

247. ОБУЧЕНИЕ ЛИЦ МЕРАМ ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ

- + А) проведения противопожарного инструктажа и прохождения пожарно-технического минимума
- Б) прохождения только пожарно-технического минимума
- В) проведения только противопожарного инструктажа
- Г) ознакомления с планами эвакуации

248. ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПАУЗА ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- + А) от 5 секунд до 4 минут
- Б) 10 минут
- В) от 8 - 12 секунд
- Г) 20 минут

249. УМЕРШЕГО ДОСТАВЛЯЮТ В ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕ КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ

- + А) через 2 часа
- Б) через 1 час
- В) сразу
- Г) через 24 часа

250. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ В МИНУТАХ

- + А) 4-6 минут
- Б) 1 -2 минуты
- В) 15-20 минут
- Г) 30-40 минут

251. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ НА ГРУДИНУ И ДЫХАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ СОСТАВЛЯЕТ

- + А) 30:2
- Б) 5:1
- В) 4:2
- Г) 15:3

252. КОЛИЧЕСТВО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЗА ОДНУ МИНУТУ В НОРМЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ

- + А) 60-80
- Б) 90-100
- В) 40-60
- Г) 50-60

253. КОЛИЧЕСТВО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ ЗА ОДНУ МИНУТУ В НОРМЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ

- + А) 16-20
- Б) 30-36
- В) 22-28
- Г) 28-32

254. РАЗНИЦА МЕЖДУ СИСТОЛИЧЕСКИМ И ДИАСТОЛИЧЕСКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

- + А) пульсовым
- Б) максимальным
- В) минимальным
- Г) венозным

255. ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ КРОВЬ

- + А) алая и пенистая
- Б) типа «кофейной гущи»
- В) темная, сгустками
- Г) темно-вишневого цвета

256. УГНЕТЕНИЕ СОЗНАНИЯ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНОЙ НЕ ОТВЕЧАЕТ НА РАЗДРАЖИТЕЛИ, НО РЕФЛЕКСЫ СОХРАНЕНЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- + А) сопор
- Б) ступор

В) кома

Г) клиническая смерть

257. «ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ» - ЭТО СОСТОЯНИЯ

- + А) пограничные между жизнью и смертью
- Б) характеризующиеся кратковременной потерей сознания
- В) приводящие к резкому снижению АД
- Г) перехода острого заболевания в хроническое

258. ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО УЛОЖИТЬ

- + А) на твердую поверхность
- Б) на мягкую поверхность
- В) на любую поверхность

Г) не передвигать

259. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА

+ А) 30:2

Б) 2:15

В) 10:2

Г) 30:5

260. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ ПО САФАРУ ВКЛЮЧАЕТ

+ А) разгибание головы назад, выведение нижней челюсти вперед, открывание рта

Б) поворот головы пострадавшего на бок, открывание рта, валик под голову

В) освобождение от стесняющей одежды области шеи

Г) прием Селика

261. ПОЛОЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

+ А) выдвинута вперед

Б) плотно прижата к верхней челюсти

В) роли не играет

Г) выдвинута вперед, только если введен воздуховод

262. КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

+ А) обратимое состояние глубокого угнетения всех жизненно важных функций Б)

необратимое состояние глубокого угнетения всех жизненно важных функций

В) обратимое состояние глубокого угнетения дыхания при сохранности сердцебиения

Г) обратимое состояние глубокого угнетения сознания

263. БИОЛОГИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

+ А) необратимое состояние глубокого угнетения всех жизненно важных функций

Б) обратимое состояние глубокого угнетения всех жизненно важных функций

В) обратимое состояние глубокого угнетения дыхания при сохранности сердцебиения

Г) обратимое состояние глубокого угнетения сознания

264. ПРИЗНАКОМ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ А) отсутствие дыхания

Б) высыхание роговицы

В) феномен кошачьего зрачка

Г) снижение температуры тела

265. К ПРИЗНАКАМ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ОТНОСИТСЯ

+ А) отсутствие сердцебиения

Б) снижение температуры тела

В) появление трупных пятен

Г) трупное окоченение

266. ПОЗДНИМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ А) образование трупных пятен

Б) потеря сознания

В) отсутствие дыхания

Г) отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии

267. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) высыхание роговицы
- Б) отсутствие дыхания
- В) потеря сознания
- Г) отсутствие пульса

268. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ (БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ) ПРИ ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ В МИНУТАХ

- + А) 6
- Б) 1
- В) 3
- Г) 15

269. РАННИМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) положительный симптом «кошачьего зрачка»
- Б) отсутствие сознания
- В) трупное окоченение
- Г) асистолия

270. КРАЙНЕЙ СТЕПЕНЬЮ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ СЧИТАЕТСЯ

- + А) кома III стадии
- Б) кома I стадии
- В) оглушение
- Г) сопор

271. СИМПТОМ «КОШАЧЬЕГО ЗРАЧКА» ПО АВТОРУ НАЗЫВАЮТ СИМПТОМОМ

- + А) Белоглазова
- Б) Штенберга
- В) Курбанова
- Г) Лассега

272. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИМПТОМА «КОШАЧЬЕГО ЗРАЧКА» ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) узкая, овальная форма зрачка при сдавливании глазного яблока
- Б) разностояние глазных яблок
- В) максимальное расширение зрачка
- Г) максимальное сужение зрачка

273. ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) появление пульса на сонных артериях
- Б) бледность кожных покровов
- В) расширенные зрачки
- Г) суженные зрачки

274. МЕРОПРИЯТИЯ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ,

- + А) реанимационный комплекс
- Б) измерение артериального давления
- В) запись ЭКГ
- Г) измерение температуры тела

275. НАИБОЛЬШАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЕЕ ПРОВЕДЕНИИ В ПРЕДЕЛАХ ПЕРВЫХ МИНУТ

+ А) 6

Б) 10

В) 15

Г) 20

276. РОГОВИЧНЫЙ РЕФЛЕКС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

+ А) смыкании глазной щели в ответ на раздражение роговицы

Б) слезотечении в ответ на раздражение роговицы

В) широком открывании глазной щели при раздражении роговицы

Г) смыкании глазной щели на стороне противоположной раздражению

277. ЗАВЕРШЕНИЕМ АГОНИИ СЧИТАЕТСЯ

+ А) клиническая смерть

Б) биологическая смерть

В) кома

Г) смерть мозга

278. ПОМУТНЕНИЕ РОГОВИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

+ А) биологической смерти

Б) клинической смерти

В) комы

Г) сопора

279. УЧЕТНАЯ ФОРМА «ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ, НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ»

+ А) ф 058/у

Б) ф 064/у

В) ф 111/у

Г) ф 050

280. УЧЕТНАЯ ФОРМА «ЖУРНАЛА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК»

+ А) ф 064/у

Б) ф 030/у

В) ф 076/у

Г) ф 034/у

281. УЧЕТНАЯ ФОРМА «КАРТА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ»

+ А) 025-ЦЗ/у

Б) 063/у

В) 064/у

Г) 003

282. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОШКОЛЬНОГО, НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО, ОСНОВНОГО ОБЩЕГО, СРЕДНЕГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, УЧРЕЖДЕНИЙ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ДЕТСКИХ ДОМОВ И ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ

+ А) ф 026/у

- Б) ф 026
- В) ф 111/у
- Г) ф 022/у

283. УЧЕТНАЯ ФОРМА «КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО»

- + А) ф 030-ПО/у-17
- Б) ф 033-Д/у
- В) ф 080-Д/у
- Г) ф 030

284. УЧЕТНАЯ ФОРМА «КАРТА УЧЁТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ»

- + А) ф 131/у
- Б) ф 156/у
- В) ф 131
- Г) ф 143/у

285. № ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 26.10.2017 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ»

- + А) 869н
- Б) 150
- В) 234н
- Г) 597н

286. УЧЕТНАЯ ФОРМА «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ВЕНЕРИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ»

- + А) Ф 065У
- Б) ф 112у
- В) ф 3у
- Г) ф 116у

287. УЧЕТНАЯ ФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ДОКУМЕНТА ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

- + А) Ф 004/У
- Б) Ф 25У
- В) Ф 03У
- Г) Ф 025-ЦЗ/У

288. УЧЕТНАЯ ФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ДОКУМЕНТА СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА

- + А) Ф 066/У-02
- Б) Ф 004/У
- В) Ф 008/У
- Г) Ф 25У

289. УЧЕТНАЯ ФОРМА «ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА»

- + А) ф 112/У
- Б) ф 066/У
- В) ф 004/У
- Г) ф 25/У

290. № КАРТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

+ А) ф 002- ЦЗ/у

Б) ф 131/у-86

В) ф 030-Д/у

Г) ф 544-ЦЗ/у

291. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - ЭТО

+ А) динамическое наблюдение за здоровьем пациента

Б) санаторно-курортное лечение

В) реабилитация пациента

Г) самоконтроль за состоянием пациента

292. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

+ А) 1 раз в три года

Б) 1 раз в год

В) 2 раза в год

Г) 1 раз в два года

293. КОЛИЧЕСТВО ГРУПП СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

+ А) 3

Б) 4

В) 1

Г) 2

294. ГРУППЫ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

+ А) работающие и неработающие граждане, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме

Б) работающие и неработающие граждане

В) работающие, обучающиеся в образовательных организациях по заочной форме

Г) работающие на производствах с повышенным уровнем вредности, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме

295. НА ФЕЛЬДШЕРА ФЕЛЬДШЕРСКОГО ЗДРАВПУНКТА ИЛИ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА МОГУТ ВОЗЛАГАТЬСЯ ОТДЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА ПРИ

+ А) организации оказания первичной медико-санитарной помощи

Б) выполнении сложных диагностических манипуляциях

В) оказании высококвалифицированной медицинской помощи

Г) выполнении сложных хирургических операций

296. ГРАЖДАНИН ПРОХОДИТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ В УЧРЕЖДЕНИИ

+ А) первичной медико-санитарной помощи

Б) диспансерного обслуживания

В) медицинском специализированном

Г) социального обслуживания

297. КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

+ А) 2

Б) 3

В) 4

Г) 1

298. ОСНОВНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДОКУМЕНТ, ОТРАЖАЮЩИЙ ДИНАМИКУ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

- + А) амбулаторная карта
- Б) статистический талон
- В) лист временной нетрудоспособности
- Г) справка о здоровье

299. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, ПРОВОДИТ

- + А) терапевт
- Б) онколог
- В) рентгенолог
- Г) фтизиатр

300. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ

- + А) фиброгастроскопия
- Б) ирригоскопия
- В) колоноскопия
- Г) ректороманоскопия

301. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ДИЕТЕ ОГРАНИЧИВАЮТ

- + А) белки
- Б) витамины
- В) жиры
- Г) углеводы

302. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРОВОДИТ

- + А) терапевт
- Б) инфекционист
- В) онколог
- Г) хирург

303. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПРОВОДЯТ

- + А) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Б) цистоскопию
- В) лапороскопию
- Г) урографию

304. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ИССЛЕДУЮТ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ

- + А) глюкозы
- Б) белка
- В) фибриногена
- Г) холестерина

305. ПЕРИОД ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

- + А) 2 года
- Б) 1 год
- В) 3 года
- Г) 4 года

306. ПЕРИОД ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

- + А) 1 год
- Б) 2 года
- В) 3 года
- Г) 4 года

307. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВОЙ

- + А) диспансеризации
- Б) первичной медико-санитарной помощи
- В) реабилитационной работы
- Г) экспертизы трудоспособности

308. ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (III ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

- + А) стойкая ремиссия или снижение частоты обострений заболевания
- Б) увеличение частоты обострений заболевания
- В) снижение качества жизни
- Г) снижение трудоспособности

309. СУБКОМПЕНСАЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- + А) частичным возмещением функций
- Б) полным возмещением функций
- В) состоянием полного физического комфорта
- Г) нарушением жизнедеятельности организма

310. МАММОГРАФИЯ ОБЕИХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ДВУХ ПРОЕКЦИЯХ В ВОЗРАСТЕ 39-48 ЛЕТ ПРОВОДИТСЯ ЖЕНЩИНАМ

- + А) 1 раз в 3 года
- Б) по показаниям
- В) ежегодно
- Г) 1 раз в 2 года

311. ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- + А) нарушением деятельности органа, системы органов или всего организма вследствие истощения компенсаторных систем
- Б) состоянием частичного возмещения функций
- В) состоянием полного возмещения функций
- Г) состоянием полного физического комфорта

312. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

- + А) при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя
- Б) в принудительном порядке
- В) по инициативе гражданина
- Г) в порядке оказания неотложной помощи

313. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СКРИНИНГ) ВКЛЮЧАЕТ

- + А) опрос, антропометрию, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и глюкозы в крови
- Б) консультации специалистами
- В) проведение колоноскопии или ректороманоскопии
- Г) определение липидного спектра крови, концентрации гликированного гемоглобина в крови

314. ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ

- + А) дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания
- Б) выявления лиц, с острыми инфекционными заболеваниями
- В) проведения реабилитационных мероприятий
- Г) проведения лечебных мероприятий

315. ЕЖЕГОДНО ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПРОХОДЯТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ

- + А) инвалиды великой отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники великой отечественной войны
- Б) женщины детородного возраста
- В) лица, проживающие в районах с неблагоприятной экологической обстановкой
- Г) работники медицинских организаций

316. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗДОРОВЫХ (I ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) отсутствие заболеваний, сохранение здоровья и трудоспособности
- Б) выявление хронического заболевания
- В) снижение трудоспособности
- Г) снижение качества жизни

317. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ НАБОР ОБСЛЕДОВАНИЙ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

- + А) возраста и пола
- Б) рода деятельности
- В) психологических особенностей пациента
- Г) возможностей медицинской организации

318. КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫХ ДИСПАНСЕРНЫМ БОЛЬНЫМ, ВКЛЮЧАЕТ

- + А) противорецидивное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях, лечение в дневном стационаре поликлиники, стационарное лечение в плановом порядке, оздоровление в санаториях, пансионатах, санаториях-профилакториях, домах отдыха, на курортах
- Б) госпитализация в стационар в экстренном порядке
- В) посещение медицинской сестрой на дому
- Г) ограничение двигательного режима

319. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) оценка состояния глазного дна

- Б) суточная экскреция с мочой кортизола
- В) содержание альдостерона в крови
- Г) суточная экскреция адреналина

320. КРАТНОСТЬ ДИСПАНСЕРНЫХ ОСМОТРОВ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА

- + А) 4
- Б) 2
- В) 1
- Г) 3

321. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ВРАЧА/ФЕЛЬДШЕРА В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) полнота охвата диспансерным наблюдением больных
- Б) число вновь взятых больных под диспансерное наблюдение
- В) число больных, ни разу не явившихся на прием
- Г) число зарегистрированных больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении

322. СРОКИ ИСТИННОГО ПЕРЕНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- + А) 42 и более недели
- Б) 39-40 недель
- В) 37-38 недель
- Г) 40-41 неделя

323. ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА ВЕСА БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ 30 НЕДЕЛЬ

- + А) до 1 кг
- Б) 500,0
- В) 600,0
- Г) до 3 кг

324. СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ

- + А) по шкале Апгар
- Б) по шкале Виттлингера
- В) по Леопольду
- Г) по Персианинову

325. ШЕВЕЛЕНИЕ ПЛОДА У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ОЩУЩАЕТСЯ НА СРОКЕ

- + А) 20 недель
- Б) 16-18 недель
- В) 24 недели
- Г) 26 недель

326. ШЕВЕЛЕНИЕ ПЛОДА У ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫХ ОЩУЩАЕТСЯ НА СРОКЕ

- + А) 18 недель
- Б) 19-20 недель
- В) 22 недели
- Г) 24 недели

327. ОПРЕДЕЛИТЕ СРОК РОДОВ ПО НЕГЕЛЕ, ЕСЛИ ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ У ЖЕНЩИНЫ БЫЛА 1 АПРЕЛЯ

- + А) 8 января

- Б) 8 марта
- В) 8 февраля
- Г) 18 марта

328. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ

- + А) с 22 недель беременности
- Б) с 32 недель
- В) с 30 недель
- Г) с 12 недель

329. СРОК РОДОВ ПО ФОРМУЛЕ НЕГЕЛЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- + А) от первого дня последней менструации отнимается 3 месяца и прибавляется 7 дней
- Б) в первый день шевеления плода прибавляется 22 недели
- В) от дня последней менструации отнимается 2 месяца и прибавляется 7 дней
- Г) в первый день последней менструации прибавляется 9 месяцев

330. К АКУШЕРСКОМУ МЕТОДУ НАРУЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- + А) метод Леопольда - Левицкого
- Б) метод Жордания
- В) метод Негеля
- Г) метод Рудакова

331. РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДЛИТСЯ

- + А) до 1 недели после родов
- Б) с 28 недель беременности до рождения плода
- В) период рождения плода
- Г) с рождения новорожденного до 23 часа 59 минут

332. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- + А) 40 недель
- Б) 36-42 недели
- В) 40-42 недели
- Г) 32-40 недели

333. ФОРМА ШЕЙКИ МАТКИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

- + А) конусовидная
- Б) цилиндрическая
- В) у всех женщин конусовидная
- Г) округлой формы

334. ГИПОТАЛАМУС ВЫРАБАТЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНЫ

- + А) рилизинг-факторы
- Б) гонадотропины;
- В) эстрогены;
- Г) гестогены;

335. ФСГ СТИМУЛИРУЕТ

- + А) рост фолликулов в яичнике
- Б) продукцию кортикостероидов
- В) продукцию ТТГ в щитовидной железе
- Г) все перечисленное

336. НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

- + А) 0,5 - 1,5 литра
- Б) 3 - 4 литра
- В) 5 - 6 литров
- Г) более 6 литров

337. К ОСНОВНОМУ ПРИЗНАКУ АНАТОМИЧЕСКОГО УЗКОГО ТАЗА ОТНОСИТСЯ

- + А) уменьшенный размер наружной конъюгаты
- Б) маленький размер индекса Соловьева
- В) рост беременной 150 см
- Г) крупное телосложение

338. СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ПРИ 1 ПОЗИЦИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- + А) слева от пупка
- Б) справа от пупка
- В) выше пупка
- Г) над лоном

339. ДИСТАНЦИЯ СПИНАРУМ РАВНА

- + А) 25-26 см
- Б) 20-21 см
- В) 28-29 см
- Г) 30-31 см

340. ДИСТАНЦИЯ ТРОХАНТЕРИКА РАВНА

- + А) 30-31 см
- Б) 20-21 см
- В) 28-29 см
- Г) 25-26 см

341. РАЗМЕР НАРУЖНОЙ КОНЪЮГАТЫ

- + А) 20-21 см
- Б) 28-29 см
- В) 25-26 см
- Г) 30-31 см

342. В СОСТАВ ПОСЛЕДА ВХОДИТ

- + А) плацента, пуповина и оболочки плода
- Б) плацента
- В) плацента и пуповина
- Г) плаценты и оболочки

343. СИМПТОМЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

- + А) правильно выраженная конфигурация головки, продолжительные роды
- Б) симптом Вастена "вровень"
- В) нарушается сердцебиение плода
- Г) внутриутробная гипоксия плода

344. ГРАВИ-ТЕСТ ОСНОВАН НА

- + А) определение хорионгонадотропина в моче

- Б) определение экскрадиола в моче
- В) определение скрытых отеков
- Г) определение срока овуляции

345. ФСГ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

- + А) передней доле гипофиза
- Б) гипоталамусе
- В) яичниках
- Г) плаценте

346. ЗА РАЗВИТИЕ ФОЛЛИКУЛОВ В ЯИЧНИКАХ ОТВЕТСТВЕННЫ ГОРМОНЫ

- + А) ФСГ
- Б) пролактин
- В) эстрогены
- Г) рилизинг фактор ФСГ

347. МЕСТО ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА ПРИ 2 ПОЗИЦИИ

- + А) справа от пупка
- Б) слева от пупка
- В) выше пупка
- Г) над лоном

348. ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА — ЭТО

- + А) отношение оси плода к длиннику матки
- Б) отношение спинки плода к сагиттальной плоскости
- В) отношение спинки плода к фронтальной плоскости
- Г) Отношение оси плода к поперечнику матки

349. ПРАВИЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА СЧИТАЕТСЯ

- + А) продольное
- Б) косое
- В) поперечное с головкой плода, обращенной влево
- Г) поперечное с головкой плода, обращенной вправо

350. ПОЗИЦИЯ ПЛОДА ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ

- + А) головки
- Б) спинки
- В) мелких частей
- Г) тазового конца

351. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ

- + А) крупной части плода ко входу в малый таз
- Б) головки плода ко входу в таз
- В) тазового конца плода ко входу в малый таз
- Г) головки плода ко дну матки

352. ПЕРВЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- + А) высота стояния дна матки
- Б) позиция плода
- В) вид плода

Г) предлежащая часть

353. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ИЗМЕРЯЕТСЯ НА

+ А) уровне пупка

Б) середине расстояния между пупком и мечевидным отростком

В) середине расстояния между пупком и лонным сочленением

Г) 3 поперечных пальца ниже пупка

354. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ

+ А) наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом

Б) серединой верхнего края лонного сочленения и мысом

В) нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса

Г) Верхним краем симфиза

355. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ А) сердцебиение плода

Б) отсутствие менструации

В) увеличение размеров матки

Г) диспепсические нарушения

356. ДЛЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

+ А) баллотирующая часть над входом в малый таз

Б) высокое расположение дна матки

В) баллотирующая часть в дне матки

Г) низкое расположение дна матки

357. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОЙ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

+ А) аритмия

Б) сердцебиение плода 100-110 уд./мин

В) глухость тонов сердца плода

Г) сердцебиение плода 120-140 уд./мин

358. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 28 ДНЕЙ ЕГО СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

+ А) нормопонирующим

Б) антепонирующим

В) постпонирующим

Г) гипопонирующим

359. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

+ А) гипертоническая болезнь

Б) возраст первородящей 25 лет

В) вторая беременность

Г) поперечное положение плода

360. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

+ А) оценка вероятных признаков беременности

Б) оценка сомнительных признаков беременности

- В) интерпретация данных влагалищного исследования
- Г) проведение иммунологических тестов на беременность

361. НАЛИЧИЕ АКТИВНОГО РЕВМАТИЗМА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- + А) ухудшает прогноз ее течения
- Б) не влияет на ее исход
- В) не является фактором риска гестоза
- Г) облегчает ее течение

362. ПРЕЭКЛАМПСИЮ ОТЛИЧАЕТ ОТ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЕСТОЗА БЕРЕМЕННЫХ

- + А) появление общемозговых симптомов
- Б) выраженность отекающего синдрома

- В) олигурия
- Г) уровень артериального давления

363. ОСТРАЯ ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- + А) отслойки плаценты
- Б) узкого таза
- В) многоводия
- Г) наличия гестоза

364. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- + А) дистрофические изменения слизистой оболочки матки
- Б) многоплодие
- В) многоводие
- Г) неправильное положение плода

365. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО

- + А) волнообразность, алый цвет крови, безболезненность, беспричинность
- Б) массивность, длительность
- В) темный цвет крови
- Г) болезненность

366. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

- + А) матка мягкая, симметричная, кровь алая
- Б) матка в тонусе, болезненная, асимметричная
- В) матка в тонусе, массивное длительное кровотечение
- Г) матка мягкая, сердцебиение плода отсутствует

367. ВЫБОР АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ЗАВИСИТ ОТ

- + А) вида предлежания
- Б) состояния плода
- В) общего состояния роженицы
- Г) степени раскрытия шейки матки

368. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- + А) наличие перенесенных аборт
- Б) пузырный занос
- В) отсутствие абортов в анамнезе

Г) пиелонефрит

369. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ЖЕНЩИНЫ НА УЧЕТ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

- + А) до 12 недель беременности
- Б) до 13 недель беременности
- В) до 14 недель беременности
- Г) при любом сроке беременности

370. В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ БЕРЕМЕННАЯ ДОЛЖНА ПОСЕЩАТЬ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ

- + А) 1 раз в месяц
- Б) 2 раза в месяц
- В) 1 раз в неделю
- Г) по желанию

371. ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ БЕРЕМЕННАЯ ДОЛЖНА ПОСЕЩАТЬ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ

- + А) 1 раз в 2 недели
- Б) 1 раз в 10 дней
- В) 1 раз в месяц
- Г) по желанию

372. ЗДОРОВАЯ БЕРЕМЕННАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ОСМОТРЕНА ТЕРАПЕВТОМ

- + А) 2 раза за беременность
- Б) 1 раз за беременность
- В) ежемесячно
- Г) по показаниям

373. ПРИ 12-ТИ НЕДЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ДНО МАТКИ НАХОДИТСЯ

- + А) на уровне лобка
- Б) за пределами малого таза
- В) на уровне пупка
- Г) на 2 см выше лона

374. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕИМУЩЕСТВО ИМЕЮТ ПРИЗНАКИ

- + А) достоверные
- Б) вероятные
- В) сомнительные
- Г) ранние

375. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК БЕРЕМЕННОСТИ

- + А) выслушивание сердцебиения плода
- Б) рвота, тошнота
- В) увеличение молочных желез
- Г) увеличение матки

376. ВЕРОЯТНЫЙ ПРИЗНАК БЕРЕМЕННОСТИ

- + А) прекращение менструации
- Б) пигментация кожи
- В) выслушивание сердцебиения плода

Г) тошнота

377. ЭКСПРЕСС АНАЛИЗ НА БЕРЕМЕННОСТЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ

+ А) хорионического гонадотропина

Б) прогестерона

В) гормонов гипофиза

Г) эстрогенных гормонов

378. ПРИЗНАК ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

+ А) головка плода у дна матки

Б) высокое стояние головки

В) сердцебиение плода у дна матки

Г) раннее излитие вод

379. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В I ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

+ А) самопроизвольный выкидыш

Б) рак шейки матки

В) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Г) пузырный занос

380. МНОГОПЛОДИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

+ А) наружных приемах акушерского исследования

Б) влагалищном исследовании

В) иммунологической реакции

Г) рентгенологическом исследовании

381. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ

+ А) 4 - 12 недель

Б) 13 - 17 недель

В) 18 - 23 недель

Г) 24 - 26 недель

382. ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ПОЗДНИЙ АБОРТ» СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ

+ А) 13 - 17 недель

Б) 28 - 30 недель

В) 31 - 33 недель

Г) 34 - 36 недель

383. ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ» СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ

+ А) 28 недель

Б) 39 недель

В) 21 недель

Г) 20 недель

384. ПРИВЫЧНЫЙ АБОРТ - ЭТО

+ А) самопроизвольное прерывание беременности более 2-х раз

Б) прерывание беременности более 3-х раз

В) прерывание беременности более 4-х раз

Г) прерывание беременности более 5-х раз

385. РАННИЙ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПО

+ А) уровню хориального гонадотропина в утренней моче

Б) базальной температуре

В) величине матки

Г) жалобам пациентки

386. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЛОДА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ 12 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, НАЗЫВАЮТ

+ А) фетопатия

Б) эмбриопатия

В) бластопатия

Г) зиготопатия

387. ПОД ВЛИЯНИЕМ ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ФАКТОРА БЛАСТОПАТИЯ ВОЗНИКАЕТ

+ А) в первые 15 дней с момента оплодотворения

Б) с 16 по 70 день с момента оплодотворения

В) с 71 дня до конца 7-го лунного месяца

Г) с начала 8-го лунного месяца до родов

388. ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ

+ А) открытии маточного зева на 4 см и более

Б) открытии маточного зева менее 4 см

В) полном открытии

Г) закрытом маточном зеве

389. В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ОСМОТР ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ У ЗДОРОВОЙ БЕРЕМЕННОЙ ПРОВОДЯТ

+ А) однократно при взятии на учет

Б) 2 раза за беременность

В) 3 раза за беременность

Г) при направлении в родильный дом

390. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

+ А) инфекционный агент

Б) генетический фактор

В) гиперандрогенный фактор

Г) социально-биологический фактор

391. БЕРЕМЕННЫЕ С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

+ А) госпитализируются на роды в 37-38 недель

Б) дополнительно обследуются генетиком

В) наблюдаются пассивно

Г) госпитализируются на роды в 39-40 недель

392. ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА В I ПОЗИЦИИ ПАЦИЕНТКУ УКЛАДЫВАЮТ

+ А) на правый бок

Б) на левый бок

В) спину

Г) на живот

393. ДЛЯ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА ХАРАКТЕРНО

- + А) раннее начало
- Б) преобладание симптомов экстрагенитального заболевания
- В) нарушение маточно-плацентарного кровотока
- Г) изменение гемодинамических показателей

394. БЕРЕМЕННОЙ ИЗ «ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА» НЕОБХОДИМО

- + А) обследование в стационаре
- Б) прерывание беременности
- В) дополнительное обследование генетиком
- Г) дополнительное обследование терапевтом

395. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) снижение диуреза
- Б) повышение диастолического давления
- В) анурия
- Г) тошнота

396. СОЧЕТАННАЯ ФОРМА ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- + А) 20-26 недель
- Б) 27-32 недель
- В) 33-36 недель
- Г) 37-39 недель

397. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

- + А) локальная болезненность матки, гипертонус матки
- Б) нормальный тонус матки
- В) кровянистые выделения
- Г) боли в крестце и поясничной области

398. В ОСНОВЕ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА ЛЕЖИТ

- + А) длительность течения
- Б) раннее начало
- В) плацентарная недостаточность
- Г) возраст женщины

399. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕСТОЗА ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + А) гипертензия
- Б) боль в эпигастральной области
- В) нарушение зрения
- Г) головная боль

Образец оформления билета к государственному итоговому экзамену

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ
«Сургутский государственный университет»**

Институт среднего медицинского образования

УТВЕРЖДАЮ

Директор института среднего
медицинского образования

_____ И.О. Фамилия
« ____ » _____ 20 ____ г.

Направление подготовки (специальность) _____
(наименование направления)

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № ____

1. Практическое задание 1:

Вы фельдшер скорой помощи. Проведите измерение артериального давления на периферических артериях у пожилого пациента на дому.

2. Практическое задание 2:

Вы фельдшер скорой помощи в составе кардиобригады. У пациента подозрение на инфаркт миокарда. Проведите электрокардиографию.

3. Практическое задание 3:

Вы фельдшер ФАП. В кабинете падает женщина примерно пятидесяти лет и теряет сознание. Проведите базовую сердечно-легочную реанимацию.

4. Ситуационная задача:

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть ситуационной задачи

Повар заводской столовой поскользнулся, опрокинул кастрюлю с кипятком на ноги. Тут же вызвали фельдшера здравпункта. Больной жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Пострадавший был без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху.

Объективно: общее состояние пострадавшего удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд. в 1 мин. При осмотре выявлены обширные пузыри с прозрачным содержимым в области передних поверхностей обеих голеней, тыльной стороне стоп, между пузырями имеются небольшие участки гиперемизированной кожи.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Составьте программу лечения пациента при данном повреждении.
5. Назовите критерии эффективности проводимого лечения.

Заведующий отделением
Ученая степень, ученое звание

И.О. Фамилия

**Банк ситуационных задач с эталонами ответов для проведения третьего этапа
государственного экзамена**

**Специальность 31.02.01.
ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

**Раздел 1
ОКАЗАНИЕ
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Ситуационная задача 1

Инструкция: *ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы*

Основная часть

Пациент П., 50 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на кашель с мокротой желтоватого цвета, одышку при ходьбе, повышение температуры тела.

Из анамнеза известно, что пациент работает почтальоном, работа связана с частыми переохлаждениями. Кашель беспокоит более 10 лет, однако пациент не обращал на него внимания, так как он возникал только по утрам, и мокроты выделялось немного. В дальнейшем количество мокроты увеличилось. Весной и осенью в течение последних пяти лет возникают обострения заболевания, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр и увеличением количества мокроты. На фоне проведения антибиотикотерапии состояние улучшалось. Настоящее ухудшение состояния в течение последних двух дней, когда вновь усилился кашель с отхождением значительного количества мокроты, температура тела повысилась до 38,0°С.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,0°С, кожные покровы влажные. Грудная клетка бочкообразной формы. Над легкими при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, сухие жужжащие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД 24 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 105 уд./мин. АД 130/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не дыханием увеличены.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Составьте дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
5. Определите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 1

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Хронический гнойно-обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диагноз поставлен с учетом: — основных жалоб: кашель с отделением значительного количества желтоватой мокроты (бронхитический синдром), одышка при ходьбе (обструктивный синдром), повышение температуры тела до фебрильных цифр (общевоспалительный синдром);	

1	2	3
	– анамнеза: частые переохлаждения, заболевание носит хронический прогрессирующий характер, протекает с ежегодными обострениями, требующими назначения антибиотиков; – объективных данных: наличие сухих жужжащих хрипов над всей поверхностью легких характеризует воспалительный процесс в крупных и средних бронхах; бочкообразная форма грудной клетки и коробочный звук при перкуссии свидетельствуют о развитии эмфиземы легких	
2.	Дифференциальный ряд заболеваний: ХОБЛ, пневмония, бронхоэктатическая болезнь, рак легкого, туберкулез легких	
3.	Тактика ведения: пациент нуждается в госпитализации в терапевтическое отделение ЦРБ для дифференциальной диагностики и определения тактики лечения	
4.	Методы дополнительной диагностики: - Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, общий холестерин), – общий анализ мокроты, бактериологический анализ мокроты и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, исследование мокроты на МБТ. - Инструментальные методы диагностики: – рентгенография грудной клетки, – пикфлоуметрия в динамике, – спирография, – бронхоскопия, – ЭКГ, ЭХОКГ	
5.	Принципы лечения: – режим полупостельный; – диета с достаточным количеством белка и витаминов, количество жидкости около 2 л в сутки (вода, щелочное питье, морсы); – антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры (пенициллины, макролиды, цефалоспорины, фторхинолоны); – бронхолитики (ипратропия бромид в виде ингаляций); – муколитики (ацетилцистеин, амброксол); – физиотерапевтическое лечение	

Ситуационная задача 2

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент Б., 47 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры тела, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, усиление одышки.

Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Обострения возникают периодически, чаще зимой и связаны с переохлаждением. Кашель по утрам с умеренным количеством слизистой мокроты беспокоит более 20 лет. Пациент курит в течение 30 лет.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы влажные, температура тела 37,8⁰ С. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Дыхание ослабленное везикулярное, с обеих сторон определяются влажные и сухие хрипы. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 уд./мин., АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 % от должного, ОФВ1 менее 50 % от должного.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 2

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. ХОБЛ III стадии, обострение. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, усиление одышки, лихорадку; – данных анамнеза: ухудшение состояния наступило 5 дней назад, обострения возникают периодически, чаще зимой и связаны с переохлаждением, длительный стаж курения; – объективных данных: температура тела 37,8⁰С. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Дыхание ослабленное везикулярное, с обеих сторон определяются влажные и сухие хрипы, тахипноэ, тахикардия	
2.	Тактика ведения пациента: госпитализация в терапевтическое отделение ЦРБ для дифференциальной диагностики и определения тактики лечения	
3.	Дополнительные методы исследования: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции), – исследование газового состава крови, – общий анализ мокроты, бактериологический анализ мокроты с определением чувствительности к антибиотикам; 2. Инструментальные методы диагностики: – Р-графия органов грудной клетки, – пикфлоуметрия, – спирография, – бронхоскопия, – ЭКГ	
4.	Принципы лечения: – полупостельный режим; – рациональное питание, богатое белками; – кислородотерапия; – антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры (пенициллины, макролиды, цефалоспорины, фторхинолоны);	

	– бронхолитики (ипратропия бромид в виде ингаляций); – муколитики (ацетилцистеин, амброксол); – физиотерапевтическое лечение	
1	2	3
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – адекватная физическая нагрузка: ходьба в умеренном ритме, плавание, дыхательная гимнастика; – отказ от курения; – вакцинация (для предотвращения инфекционных заболеваний, провоцирующих обострение ХОБЛ) – пневмококковой, гриппозной вакцинами; – постоянный прием назначенных врачом лекарственных препаратов; – правильное пользование ингаляторами; – исключение контакта с химическими веществами, раздражающие легкие (дым, выхлопные газы, загрязненный воздух), с холодным или сухим воздухом; – рациональное, дробное питание; – обучение в «Школе пациентов с ХОБЛ»	

Ситуационная задача 3

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП вызван к пациентке В., 43 лет, которая жалуется на ежедневные приступы удушья, с затрудненным выдохом. После приступа откашливается небольшое количество вязкой слизистой мокроты.

Приступы беспокоят в течение 3-лет, возникают ежегодно в весенне-летний период, имеется аллергическая реакция в виде крапивницы на клубнику, цитрусовые.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение вынужденное – сидит, с опорой на руки. Кожные покровы чистые с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, ЧДД 28 в мин. При перкуссии легких отмечается коробочный звук. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинненным выдохом выслушиваются большое количество сухих свистящих хрипов. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 110 уд./мин., АД 130/85 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациентки.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике

Эталон решения ситуационной задачи 3

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование Предположительный диагноз. Атопическая бронхиальная астма, приступ удушья средней степени тяжести. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на ежедневные приступы удушья,	

	экспираторного типа; после приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты;	
1	2	3
	– данных анамнеза: болеет в течение 3 лет, связывает заболевание с аллергическими реакциями на цветение, клубнику, цитрусовые; – объективных данных: состояние средней тяжести, положение ортопноэ, кожа с цианотичным оттенком, грудная клетка бочкообразная, участие вспомогательной мускулатуры, ЧДД 28 в мин., при перкуссии отмечается коробочный звук, на фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы; тахикардия	
2.	Тактика ведения пациентки: – оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе, при отсутствии быстрого ответа на бронхолитическую терапию или дальнейшем ухудшении состояния госпитализация; – консультация терапевта (пульмонолога, аллерголога)? для уточнения диагноза и определения тактики лечения	
3.	Дополнительные методы диагностики. - Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – общий анализ мокроты, – биохимическое исследование крови (общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибрин, СРБ), – иммунологический анализ крови (иммуноглобулины). - Инструментальные методы диагностики: – Р-графия органов грудной клетки, – пикфлоуметрия, – спирометрия	
4.	Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе: – сальбутамол 2,5-5 мг через небулайзер; – преднизолон 60 мг в/в струйно; – оксигенотерапия. Оценить результат через 20 минут, в случае отсутствия эффекта повторить ингаляцию бронхолитика	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – устранение контакта с аллергеном (особая осторожность в весенне-летний период, когда цветут растения и возможны частые укусы насекомых); – санация хронических очагов инфекции, профилактика ОРВИ; – исключение из меню высокоаллергенных продуктов, а также продуктов, содержащих большое количество пищевых добавок; – дыхательная гимнастика (поверхностное дыхание по Бутейко, парадоксальная гимнастика Стрельниковой); – отказ от курения; – санаторно-курортное профилактическое лечение; – базисная терапия (по назначению врача); – обучение в «Школе для пациентов с бронхиальной астмой»	

Ситуационная задача 4

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент И., 46 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на озноб, кашель небольшим количеством мокроты, тяжесть в правой половине грудной клетки, одышку.

Болеет две недели. Лечился с диагнозом: острый бронхит, состояние без улучшения. Одышка нарастала, температура тела повысилась до $38,5^{\circ}\text{C}$, боли в грудной клетке справа уменьшились. Курит в течение 30 лет. Работает водителем, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела $38,0^{\circ}\text{C}$. Положение вынужденное - полусидя. Кожные покровы бледные, влажные. ЧДД 28 в мин. При осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа резко ослаблено. При перкуссии справа по средне-подмышечной линии от 7-ого ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области не прослушивается. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,0 см снаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 110 уд./мин., АД 100/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Составьте дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
5. Определите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 4

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Правосторонняя нижнедолевая пневмония? Экссудативный плеврит, ДН III. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на кашель с мокротой, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку; – данных анамнеза: болеет 2 недели, одышка нарастала, боли уменьшились; – объективных данных: фебрильная температура тела, состояние средней тяжести, тахипноэ. Данные осмотра, перкуссии, аускультации грудной клетки, смещение органов средостения влево предполагает наличие экссудата в плевральной полости справа	
2.	Дифференциальный ряд заболеваний: нижнедолевая пневмония, туберкулез легких, рак легкого	
3.	Тактика ведения пациента: экстренная госпитализация в терапевтическое отделение ЦРБ	
4.	Дополнительные методы диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови,	

	– общий анализ мокроты,	
1	2	3
	– бактериологический анализ мокроты с определением чувствительности к антибиотикам, – цитологическое и бактериологическое исследования содержимого плевральной полости. 2. Инструментальные методы диагностики: рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, ЭКГ	
5.	Принципы лечения: – режим постельный; – диета с достаточным количеством белка и витаминов; – до получения первых результатов обследования лечение антибиотиками широкого спектра действия (пенициллины, цефалоспорины, макролиды); – дезинтоксикационная терапия; – плевральная пункция; – муколитики (ацетилцистеин, амброксол); – симптоматическая терапия; – кислородотерапия	

Ситуационная задача 5

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент К., 25 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизистой мокроты, заложенность в груди. Болен в течение 5-ти дней. Сначала беспокоил сухой кашель, насморк, ломота в теле, повышенная температура тела, после стала отделяться мокрота, появилась заложенность в груди. Свое заболевание связывает с переохлаждением. Работает каменщиком на стройке.

Объективно: температура 37,2⁰ С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Определите примерные сроки временной нетрудоспособности.

Эталон решения ситуационной задачи 5

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование: Предположительный диагноз. Острый бронхит. Диагноз обоснован правильно с учетом: – основных жалоб: повышение температуры тела, кашель с выделением слизистой мокроты, заложенность в груди; – данных анамнеза: заболел остро после переохлаждения; – объективных данных: общее состояние удовлетворительное,	

	перкуторно над легкими ясный легочный звук, дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон	
1	2	3
2.	Тактика ведения пациента: лечение амбулаторное, при неэффективности лечения, консультация терапевта для дифференциальной диагностики с пневмонией, бронхиальной астмой, туберкулезом	
3.	Дополнительные методы диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики: общий анализ крови, общий анализ мокроты. 2. Инструментальные методы диагностики: пикфлоуметрия, рентгенография органов грудной клетки (по показаниям)	
4.	Принципы лечения: – режим полупостельный; – количество жидкости не менее 2 л в сутки (вода, щелочное питье, морсы); – диета с достаточным количеством белка и витаминов; медикаментозная терапия: – противовирусные препараты при вирусной этиологии бронхита; – антибиотики при бактериальной этиологии бронхита и наличии показаний (слизисто-гнойная мокрота, наличие одышки и симптомов интоксикации) гр. пенициллина (амоксциллин 1500 мг/сутки, 10500 мг курсовая доза) или макролиды (кларитромицин 1000 мг/сутки, 7000 мг курсовая доза); – муколитики – ацетилцистеин 600 мг/сутки, 6000 мг курсовая доза; амброксол 90 мг/сутки, 900 мг курсовая доза; – бронхолитики при обструкции бронхов: сальбутамол, р-р для ингаляций 5 мг/сутки, 50 мг курсовая доза	
5.	Примерные сроки временной нетрудоспособности составляют 7-10 дней	

Ситуационная задача 6

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент Г., 45 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при ходьбе.

Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, температура 37,5⁰ С держалась в течение трех дней, лечился самостоятельно с небольшой положительной динамикой. Хуже стало вчера – вновь поднялась температура до 38,0⁰ С. Курит в течение 20 лет.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,0⁰ С. Кожа чистая, гиперемия лица. ЧДД 22 в мин. При осмотре и при пальпации грудной клетки изменений не выявлено. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 100 уд./мин. АД 130/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Составьте дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите тактику ведения пациента.

4. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
5. Определите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 6

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Правосторонняя очаговая пневмония. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на повышение температуры тела, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку; – данных анамнеза: заболел 10 дней назад когда появились признаки острого респираторного заболевания, вчера самочувствие ухудшилось; – объективных данных: фебрильная температура тела, притупление перкуторного звука справа под лопаткой, при аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы	
2.	Дифференциальный ряд заболеваний: долевая пневмония, туберкулез легких, рак легкого, обострение ХОБЛ, ТЭЛА	
3.	Тактика ведения пациента: госпитализация в терапевтическое отделение ЦРБ	
4.	Дополнительные методы диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – общий анализ мокроты, – бактериологическое исследование мокроты. 2. Инструментальные: рентгенография органов грудной клетки	
5.	Принципы лечения: – режим полупостельный; – диета с достаточным количеством белка и витаминов, количество жидкости более 2 л в сутки (вода, щелочное питье, морсы); – антибактериальная терапия (пенициллины, макролиды, цефалоспорины); – бронхолитики (ипратропия бромид, сальбутамол в виде ингаляций); – муколитики (ацетилцистеин, амброксол); – физиотерапия после нормализации температуры	

Ситуационная задача 7

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП вызван на дом к пациенту Н., 69 лет, пенсионеру, который предъявляет жалобы на повышение температуры тела максимально до 38,6⁰ С в течение последних суток, озноб, слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переохлаждением.

Курит в течение 50 лет до 20 сигарет в день.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. ЧДД 26 в мин. При осмотре отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания справа до угла лопатки, в этой же области – укорочение перкуторного звука. Аускультативно жесткое дыхание, сухие рассеянные жужжащие хрипы, справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 100 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличена.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Назовите факторы риска заболевания у данного пациента.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
5. Определите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 7

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелое течение. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на фебрильную температуру, озноб, слабость, кашель с мокротой желто-зеленого цвета, одышку, сердцебиение, дискомфорт в правой половине грудной клетки; – данных анамнеза: заболел остро после переохлаждения, имеет длительный стаж курения; Клинически можно выделить синдромы: – бронхитический (жесткое дыхание, сухие жужжащие хрипы); – воспалительной инфильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, бронхиальное дыхание); – дыхательной недостаточности (одышка, периферический цианоз, тахикардия)	
2.	Факторы риска заболевания у данного пациента: – пожилой возраст; – длительный стаж курения (не диагностированное хроническое заболевание легких – ХОБЛ?); – переохлаждение	
3.	Тактика ведения пациента: госпитализация в терапевтическое отделение ЦРБ	
4.	Дополнительные методы диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – общий анализ мокроты, бактериологический анализ мокроты с определением чувствительности к антибиотикам,	

	– биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, общий холестерин и липидный спектр), – общий анализ мочи. 2. Инструментальные методы диагностики: – рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, – ЭКГ	
1	2	3
5.	Принципы лечения: – режим постельный; – диета – витаминизированное теплое питье более 2 л в сутки; – антибиотикотерапия (цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами); – противовоспалительные средства (парацетамол); – бронхолитики (ипратропия бромид в виде ингаляций); – муколитики (ацетилцистеин, амброксол); – кислородотерапия; – физиотерапия. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа	

Ситуационная задача 8

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка А., 55 лет, обратилась к фельдшеру здравпункта с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах.

Из анамнеза известно, что мать пациентки страдает гипертонической болезнью. Отец умер в возрасте 54 лет от обширного инфаркта миокарда. Пациентка работает экономистом. Курит до пачки сигарет в день в течение 20 лет. Головные боли беспокоят с 50 лет, периодически отмечалось повышение АД до 160/ 90 мм рт. ст. Не обследовалась, по совету знакомых нерегулярно принимала каптоприл. Ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев в связи со значительным эмоциональным перенапряжением.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычно, умеренной влажности. Пациентка повышенного питания. Отеков нет. ЧДД 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: левая граница сердца располагается на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 112 уд./мин., АД 180/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите факторы риска заболевания у данной пациентки
3. Определите тактику по отношению к пациентке.
4. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Эталон решения ситуационной задачи 8

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Артериальная гипертензия, II	

	стадия, 3 степень, Р-4 (очень высокий риск). Гипертонический криз неосложненный. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на головные боли, имеющие характерную локализацию в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах;	
1	2	3
	– анамнеза – имеются факторы риска: наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям, длительный стаж курения, ухудшение состояния было связано с эмоциональным перенапряжением; – объективных данных: выявлено наличие у пациентки избыточной массы тела, повышение уровня АД до 180/100 мм рт. ст., тахикардия (ЧСС 112 уд./мин.). При перкуссии определяется расширение левой границы сердца, что может быть обусловлено гипертрофией левого желудочка	
2.	Факторы риска заболевания у данной пациентки: – возраст; – наследственность; – длительный стаж курения; – частые стрессовые ситуации; – избыточная масса тела	
3.	Тактика ведения: пациентка нуждается в оказании неотложной помощи и госпитализации в терапевтическое (кардиологическое) отделение стационара для уточнения диагноза и определения тактики лечения	
4.	Дополнительные методы диагностики: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (общий холестерин, липидный спектр, креатинин, глюкоза, натрий, калий), – общий анализ мочи, – определение суточной микроальбуминурии. 2. Инструментальные методы диагностики: – рентгенография грудной клетки, – осмотр глазного дна, – ЭКГ, – ЭХО-кардиография, – ультразвуковое исследование периферических сосудов, – суточное мониторирование АД	
5.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: каптоприл 25 мг под контролем АД (АД снижать медленно на 15-20% от исходного за 2 часа)	

Ситуационная задача 9

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка М., возраст 52 года, обратилась к фельдшеру здравпункта с жалобами: на возникающие без видимой причины, преимущественно днем, внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, которые сопровождаются чувством нехватки

воздуха, избыточным потоотделением, длится от 20 минут до часа и заканчиваются спонтанно.

Из анамнеза: подобные приступы возникают в течение последних четырех лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Во время приступа ЭКГ ни разу не фиксировалась, при ЭхоКГ отклонения от нормы не выявлены. Медикаментозную терапию не получала. Последний приступ возник три дня назад, на фоне глубокого вдоха не купировался, сопровождался выраженной общей слабостью и артериальной гипотонией (90/60 мм рт. ст.), через 40 минут закончился спонтанно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, влажность повышена, красный дермографизм. Отеков нет. ЧДД 18 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 84 уд./мин. АД 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по правой среднеключичной линии не выступает из-под края реберной дуги.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Определите тактику по отношению к пациентке.
4. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Эталон решения ситуационной задачи 9

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, избыточное потоотделение, чувство нехватки воздуха (вегетативная «окраска» приступов); – анамнеза: относительно благоприятный характер приступов и эффективность вагусных проб в анамнезе, делают более вероятным наджелудочковый характер тахикардии	
3.	Тактика ведения: пациентке необходима консультация терапевта (кардиолога) для уточнения диагноза после дополнительной диагностики и определения тактики лечения	
4.	Дополнительные методы диагностики: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (общий холестерин, липидный спектр, глюкоза, натрий, калий), – общий анализ мочи. 2. Инструментальные методы диагностики: – ЭКГ, – ЭХО-кардиография, – холтеровское мониторирование – ЭКГ,	

	– рентгенография грудной клетки	
5.	Неотложная помощь при приступе: – вагусные пробы (проба Вальсальвы, односторонний массаж каротидной зоны не более 20 секунд); – при неэффективности финоптин 2,5-5 мг в/в струйно, медленно за 2-3 минуты под контролем АД	

Ситуационная задача 10

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась пациентка С., 25 лет, с жалобами на одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. В течение двух лет состоит на диспансерном учете с диагнозом: хроническая ревматическая болезнь сердца.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,2⁰ С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, акроцианоз. Дыхание везикулярное, в нижних отделах лёгких незвучные влажные хрипы, ЧДД 22 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-ый тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-ого тона на лёгочной артерии, ЧСС 110 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациентки.
3. Назовите дополнительные методы данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 10

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Хроническая ревматическая болезнь сердца, ст. обострения. Стеноз митрального клапана. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на одышку при физической нагрузке, сухой кашель; – данных анамнеза: состоит на «Д» учете с диагнозом: хроническая ревматическая болезнь сердца, ухудшение состояния отмечает в течение месяца, недавно было кровохарканье; – объективных данных: субфебрильная лихорадка, кожные покровы бледные, акроцианоз, дыхание везикулярное, в нижних отделах лёгких незвучные влажные хрипы. На верхушке сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Расширение верхней границы сердца (признак гипертрофии левого предсердия). При аускультации на верхушке сердца 1-ый тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-ого тона на лёгочной артерии, тахикардия (признаки стеноза митрального клапана)	

2.	Тактика ведения пациентки: госпитализация после консультации терапевта в терапевтическое отделение ЦРБ	
3.	Дополнительные методы исследования: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, СРП, антитела к стрептококку); 2. Инструментальные методы диагностики: – рентгенография органов грудной клетки, – ЭКГ, ЭХО-кардиография	
1	2	3
4.	Принципы лечения: – режим постельный – полупостельный; – диета с повышенным содержанием полноценного белка, ограничением легкоусвояемых углеводов, экстрактивных веществ, поваренной соли и адекватным уровнем витаминов; – антибактериальная терапия (пенициллины, макролиды); – НПВС; – ГКС по показаниям; – симптоматическая терапия; – хирургическая коррекция порока	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – питание дробное 5-6 раз в сутки, с ограничением соли (3-5 г) и жидкости до 1,5 л. Рекомендуемые продукты: печеный картофель, бессолевой хлеб, мясо кролика и птицы, овощи, фрукты; – регулярное введение антибиотика (бензатина бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД в/м 1 раз в 3 недели по назначению врача); – профилактика развития бактериального эндокардита: назначение антибиотиков (амоксциллин) после любых хирургических вмешательств (например, удаление зуба или миндалин и т.д.); – диспансерное наблюдение у терапевта (кардиолога)	

Ситуационная задача 11

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент К., 57 лет, обратился к фельдшеру здравпункта с жалобами на головную боль в затылочной области, головокружение. Из анамнеза выяснилось, что головная боль усилилась сегодня во второй половине дня. Головные боли беспокоят периодически в течение нескольких лет, но пациент за медицинской помощью не обращался.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура 36,4⁰ С. Кожные покровы обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Отеков нет. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,0 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-ого тона на аорте, ЧСС 92 уд./мин., АД 160/100 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.

4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 11

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование: Предположительный диагноз. Гипертоническая болезнь, стадия II, 2 степень, Риск-3 (высокий)	
1	2	3
	Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: головная боль в затылочной области, головокружение; – анамнеза: головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет; – объективных данных: кожные покровы бледные, избыточная масса тела, левая граница сердца расширена вследствие гипертрофии левого желудочка, тоны сердца приглушены, акцент 2-ого тона на аорте, тахикардия, повышено АД; – 2 степень АГ на основании АД 160/100 мм рт. ст.; – риск 3, с учетом уровня АД, наличия фактора риска – избыточного веса и поражения сердца, как органа мишени; – II стадия – на основании признаков гипертрофии левого желудочка	
2.	Тактика ведения пациента: необходима консультация терапевта (кардиолога) для уточнения диагноза (после дополнительной диагностики) и определения тактики лечения, затем диспансерное наблюдение	
3.	Дополнительные методы диагностики: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (липидный спектр, глюкоза, креатинин, калий, натрий), – ОАМ, проба по Зимницкому. 2. Инструментальные методы диагностики: – ЭХО-кардиография, – ЭКГ, – рентгенография органов грудной клетки, – осмотр глазного дна	
4.	Принципы лечения: – режим амбулаторный; – диета: снижение калорийности рациона за счет ограничения жиров и быстрых углеводов, ограничение соли до 3-5 г/сутки, увеличение в рационе питания растительной пищи, богатой кальцием, магнием и калием; – немедикаментозная терапия (снижение массы тела до нормы, отказ от курения, снижение потребления алкогольных напитков, умеренные физические нагрузки - регулярные прогулки на свежем воздухе); – медикаментозная терапия по назначению врача: ингибиторы	

	АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II; β - блокаторы; антагонисты кальция; диуретики	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – соблюдение диеты: снизить содержание поваренной соли в рационе (менее 5 грамм), ограничить потребление продуктов с большим количеством животных жиров и легкоусвояемых углеводов. Включить в рацион продукты, богатые калием, магнием, кальцием (курага, чернослив, изюм, запеченный картофель, фасоль, нежирный творог);	
1	2	3
	– борьба с гиподинамией (ходьба на свежем воздухе и физические упражнения по 30 минут в день); – отказ от вредных привычек: полностью отказаться от курения, ограничить употребление спиртных напитков; – предупреждение стрессовых ситуаций; – нормализация режима сна (не менее 8 часов в сутки); – санаторно-курортное лечение в местных кардиологических санаториях; – прием гипотензивных препаратов, которые позволяют снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений	

Ситуационная задача 12

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера ФАП вызвали на дом к пациенту С., 55 лет, который жалуется на давящие, жгучие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку. Приступ возник 1 час назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура тела 36,8° С. Пациент беспокоен, мечется. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 96 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. На ЭКГ интервал ST куполообразно смещен вверх, зубец Т слит с интервалом ST.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 12

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. ИБС. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, острейший период. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: сильные боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной, возникшие 1 час назад, без	

	эффекта от нитроглицерина; – анамнеза: приступ связывает со стрессовой ситуацией на работе; – объективных данных: состояние средней тяжести, пациент беспокоен, мечется, кожные покровы бледные, сердечные тоны приглушены, тахикардия, на ЭКГ интервал ST куполообразно смещен вверх, зубец Т слит с интервалом ST	
1	2	3
2.	Тактика ведения пациента: оказание неотложной медицинской помощи, вызов бригады скорой помощи, экстренная госпитализация	
3.	Дополнительные методы диагностики: – на догоспитальном этапе: ЭКГ, экспресс-тест на маркеры некроза; – на госпитальном этапе: общий анализ крови, биохимический анализ крови (маркеры некроза: тропонины, миоглобин, КФК, липидный спектр, МНО), ЭКГ в динамике, ЭХО-кардиография, коронарная ангиография по показаниям	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – положение – лёжа на спине со слегка приподнятой головой; – нитроглицерин – под язык в таблетках (0,5 - 1 мг), или спрее (при необходимости и нормальном давлении повторить через 5-10 минут); – ацетилсалициловая кислота 160-325 мг (разжевать); – клопидогрел 300 мг; – ингаляция увлажнённого кислорода с помощью маски или через носовой катетер со скоростью 3-5 л/минуту; – морфин – 1,0 мл 1% р-ора + 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в дробно по 4-6 мл каждые 5-15 минут; – β-адреноблокаторы при отсутствии противопоказаний; – тромболитическая терапия на госпитальном этапе	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – отказ от вредных привычек: полностью отказаться от курения, ограничить употребление спиртных напитков; – ограничение поваренной соли до 5 грамм в сутки, отказ от продуктов с большим количеством животных жиров и легкоусвояемых углеводов; – контроль АД, холестерина, глюкозы в крови; – регулярное занятие физкультурой (3-5 раз в неделю по 30-60 минут) после консультации; – предупреждение развития стрессовых ситуаций; – прием лекарственных препаратов по назначению врача (статины, ингибиторы агрегации тромбоцитов, β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты)	

Ситуационная задача 13

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

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

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, температура 36,6° С. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 84 уд./мин., АД 130/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 13

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. ИБС. Стенокардия, II ФК. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу, продолжительностью 3-5 минут, возникающие при ходьбе и подъёме на два этажа, в покое; – анамнеза: боли беспокоят около 3 месяцев; – объективных данных: подкожно-жировая клетчатка развита избыточно; – II ФК определен на основании наличия болевого синдрома при определенной физической нагрузке (подъём на два этажа)	
2.	Тактика ведения пациента: необходима консультация терапевта (кардиолога) для уточнения диагноза (после дополнительной диагностики) и определения тактики лечения, затем диспансерное наблюдение	
3.	Дополнительные методы диагностики: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды); 2. Инструментальные методы диагностики: – ЭКГ, – рентгенография органов грудной клетки, – ЭХО-кардиография, – проба с физической нагрузкой (велоэргометрия, тредмил, ЧПЭС, проба Мастера), – коронарная ангиография	
4.	Принципы лечения: – регулярная физическая активность - ежедневные динамические	

	кардиотренировки (ходьба, плавание, занятия на тренажерах, гимнастика); – диета – ограничение поваренной соли до 5 грамм в сутки, отказ от продуктов с большим количеством животных жиров и легкоусвояемых углеводов; – медикаментозная терапия по назначению врача: антиагреганты; β -адреноблокаторы; ингибиторы АПФ; нитраты; статины; – хирургическое лечение по показаниям: коронарная ангиопластика, аорто-коронарное шунтирование	
1	2	3
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – отказ от вредных привычек: полностью отказаться от курения, ограничить употребление спиртных напитков; – соблюдение диеты; – контроль АД, холестерина, глюкозы в крови; – регулярное занятие физкультурой (3-5 раз в неделю по 30-60 минут); – предупреждение развития стрессовых ситуаций; – прием лекарственных препаратов по назначению врача (статины, ингибиторы агрегации тромбоцитов, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты)	

Ситуационная задача 14

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент К., 68 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней тяжести, температура $36,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз, отеки на стопах и голени. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 22 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС 98 уд./мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4,0 см.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации пациенту.

Эталон решения ситуационной задачи 14

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. ХСН II Б, ФК IV Диагноз поставлен с учетом:	

	– основных жалоб: на одышку, тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, слабость; – анамнеза: в течение многих лет страдает ИБС, 2 года назад был инфаркт миокарда; – объективных данных: кожные покровы бледные, тахипноэ, акроцианоз, отеки на ногах. Дыхание жесткое, одышка в покое. Левая граница сердца расширена. Тоны сердца аритмичные, приглушены, тахикардия. Живот болезненный в правом подреберье, печень + 4,0 см;	
1	2	3
	– II Б стадия определена с учетом одышки, наличия отеков, увеличения печени; – IV ФК определен на основании наличия одышки в покое (ЧДД 24 в мин.)	
2.	Тактика ведения пациента: необходима консультация терапевта или плановая госпитализация в терапевтическое отделение для коррекции лечения	
3.	Дополнительные методы диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови (для исключения анемии), – биохимический анализ крови (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, глюкоза, креатинин), – ОАМ, – проба по Зимницкому. 2. Инструментальные методы диагностики: – ЭХО-кардиография, – ЭКГ, – рентгенография органов грудной клетки, – тест с 6 минутной ходьбой, – УЗИ печени, почек	
4.	Принципы лечения: 1. режим полупостельный; 2. диета с ограничением соли до 3 г в сутки и жидкости до 1,0-1,2 л в сутки (под контролем диуреза); 3. медикаментозная терапия по назначению врача: – ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина; – нитраты; – β-адреноблокаторы; – диуретики; – статины; – антиагреганты	
5.	Рекомендации пациенту: – диета с ограничением поваренной соли до 3 г в сутки и жидкости до 1,0-1,2 л в сутки (под контролем диуреза). Ограничить употребление жиров животного происхождения и легкоусвояемых углеводов; – отказ от курения и употребления алкоголя; – ежедневный контроль суточного диуреза, количества выпиваемой жидкости, массы тела, АД, частоты пульса с обязательной отметкой в дневнике наблюдения;	

	– контроль холестерина и глюкозы в крови; – регулярное занятие лечебной физкультурой; – прием лекарственных препараты по назначению врача	
--	---	--

Ситуационная задача 15

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент Д., 58 лет, обратился к фельдшеру ФАП в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление таких ощущений пациент отметил около трех месяцев назад. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК, мать жива, страдает ИБС, брат два года назад в возрасте 53 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7° С, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, ИМТ – 28 кг/м². ЧДД 20 в мин., в легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над аортой. ЧСС 88 уд./мин. АД 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
5. Определите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 15

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. ИБС. Стенокардия, II ФК. Артериальная гипертензия III стадия, 2 степень, Риск-4 (очень высокий). ХОБЛ	
2.	Обоснование. Диагноз стенокардии поставлен с учетом: – основных жалоб: на появление дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки; – анамнеза: дискомфорт в левой половине грудной клетки беспокоит около 3 месяцев; – II ФК стенокардии определен на основании наличия болевого синдрома при определенной физической нагрузке (подъем на два этажа). Диагноз артериальная гипертензия поставлен на основании: – обнаружено повышение АД до 170/100 мм рт. ст., что соответствует 2-й степени повышения АД;	

	– стадия установлена на основании выявления ИБС; – очень высокий риск при наличии ассоциированного клинического состояния (в данном случае ИБС). Диагноз ХОБЛ поставлен на основании: – основных жалоб: на одышку при умеренной физической нагрузке; – анамнеза: курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет; – объективных данных: в легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы	
1	2	3
3.	Тактика ведения пациента: необходима консультация терапевта (кардиолога) для уточнения диагноза (после дополнительной диагностики) и определения тактики лечения, затем диспансерное наблюдение	
4.	Дополнительные методы диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды); 2. Инструментальные методы диагностики: – ЭКГ, – ЭХО-кардиография, – проба с физической нагрузкой (велозергометрия, тредмил), – коронарная ангиография (по показаниям), – рентгенография органов грудной клетки, – пикфлоуметрия	
5.	Принципы лечения: 1. регулярная физическая активность – ежедневные динамические кардиотренировки (ходьба, плавание, занятия на тренажерах, гимнастика); 2. диета – ограничение калорийности рациона и поваренной соли до 3-5 грамм в сутки, отказ от продуктов с большим количеством животных жиров и легкоусвояемых углеводов; 3. отказ от курения; 4. медикаментозная терапия по назначению врача: – антиагреганты; – селективные β-адреноблокаторы (при увеличении обструкции антагонисты кальция); – ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина; – нитраты; – статины; – хирургическое лечение по показаниям: коронарная ангиопластика, аорто-коронарное шунтирование	

Ситуационная задача 16

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент Б., 52 года, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на боли в подложечной области, возникающие через 20-30 мин. после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц.

Из анамнеза: первые признаки заболевания появились осенью три года назад (стали возникать боли в эпигастральной области через 30-40 мин. после приема пищи, самостоятельно принимал но-шпу и альмагель, с кратковременным эффектом), не обследовался, обратил внимание на сезонность появления болей (весной и осенью). Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86 уд./мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренное напряжение мышц и локальная болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Составьте дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
5. Определите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 16

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Язвенная болезнь желудка, в стадии обострения Анемия? Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: ранние (через 30-40 мин. после приема пищи) боли в эпигастральной области; – анамнеза: имеется сезонность заболевания (весенне-осенний период) в течение трех лет; – объективных данных: выявлено умеренное напряжение мышц и локальная болезненность в проекции желудка	
2.	Дифференциальный ряд заболеваний: функциональная диспепсия, хронический гастрит, рак желудка, язвенная болезнь 12 перстной кишки	
3.	Тактика ведения: необходимо направить пациента на консультацию к терапевту для уточнения диагноза и определения тактики лечения	
4.	Методы дополнительной диагностики: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (общий холестерин, общий белок, глюкоза), – серологическое исследование (определение АТ к <i>Helicobacter pylori</i>), кал на скрытую кровь. 2. Инструментальные методы диагностики: – ЭФГДС с взятием биопсии, – рН-метрия; – ЭКГ, – УЗИ органов брюшной полости	
5.	Принципы лечения:	

	– режим полупостельный; – диета химически и механически щадящая, дробный прием пищи (5-6 раз) в теплом виде; при наличии <i>Helicobacter pylori</i> : – трехкомпонентная схема лечения: омепразол 20 мг в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней; – или четырехкомпонентная схема лечения: ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг в сутки), препараты висмута (коллоидный субцитрат висмута по 0,24 г 2 раза в сутки, метронидазол 0,5 г 3 раза в сутки, тетрациклин 2 г в сутки 10-14 дней;	
1	2	3
	– продолжить лечение: антациды (фосфалюгель, маалокс), ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, рабепразол) с последующей постепенной отменой препарата, физиотерапия	

Ситуационная задача 17

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент К., 20 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. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. 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.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 17

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, стадия обострения. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на интенсивные, поздние, голодные боли, проходят после приема молока; – анамнеза: болен в течение года, отмечает похудание, много курит, злоупотребляет алкоголем; – объективных данных: бледность кожи, резкая болезненность в проекции 12-ти перстной кишки	

2.	Тактика ведения пациента: необходимо направить пациента на консультацию к терапевту для уточнения диагноза и определения тактики лечения	
3.	Дополнительные методы диагностики: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий белок), серологическое исследование (определение АТ к <i>Helicobacter pylori</i>), – анализ кала на скрытую кровь. 2. Инструментальные методы диагностики: – ЭФГДС с прицельной биопсией, – рН-метрия, – УЗИ органов брюшной полости	
1	2	3
4.	Принципы лечения: – режим полупостельный до устранения болевого синдрома; – диета химически и механически щадящая, дробный прием пищи (5-6 раз) в теплом виде; – отказ от алкоголя и курения; при наличии <i>Helicobacter pylori</i> : – трехкомпонентная схема лечения: омепразол 20 мг в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней; – или четырехкомпонентная схема лечения: ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг в сутки), препараты висмута (коллоидный субцитрат висмута по 0,24 г 2 раза в сутки, метронидазол 0,5 г 3 раза в сутки, тетрациклин 2 г в сутки 10-14 дней; – продолжить лечение: антациды (фосфалюгель, маалокс), ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, рабепразол) с последующей постепенной отменой препарата, физиотерапия	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – соблюдение правильного режима и рациона питания (отказ от продуктов с высоким содержанием клетчатки, жареной, консервированной, горячей и острой пищи). Рекомендуется употреблять пищу вареную и на пару, питаться 5-6 раз в день, небольшими порциями; – отказ от курения, употребления алкоголя, бессистемного приема лекарственных препаратов; – диспансерное наблюдение с регулярным проведением ФГДС; – сезонные курсы противорецидивной терапии; – санаторно-курортное лечение	

Ситуационная задача 18

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка В., 45 лет, обратилась к фельдшеру ФАП 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. Периодические боли в правом подреберье беспокоят в течение трех лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура 37,5⁰ С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Отмечаются положительные симптомы Кера, Ортнера. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Составьте дифференциальный ряд заболеваний.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 18

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Хронический холецистит, стадия обострения. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на боли в области правого подреберья, возникающие после приема обильной, жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул; – анамнеза: болеет в течение трех лет; – объективных данных: субфебрильная лихорадка, подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно, язык обложен желтоватым налетом, живот умеренно болезненный в правом подреберье, положительные желчно-пузырные симптомы	
2.	Дифференциальный ряд заболеваний: дискинезия желчевыводящих путей, хронический панкреатит, желчнокаменная болезнь, хронический гепатит, язвенная болезнь 12-перстной кишки	
3.	Тактика ведения пациентки: необходима консультация терапевта и хирурга для уточнения диагноза, определения плана обследования, тактики лечения и решения вопроса о госпитализации	
4.	Дополнительные методы диагностики: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – анализ дуоденального содержимого и желчи; – биохимическое исследование крови (общий холестерин и липидный спектр, АЛТ, АСТ, билирубин общий и прямой, общий белок и белковые фракции), – общий анализ мочи, – кал/глист. 2. Инструментальные методы диагностики: УЗИ органов	

	брюшной полости, холецистография	
5.	Принципы лечения: – диета – питание дробное 4-6 р. в день небольшими порциями, пища вареная или приготовленная на пару, теплая. Исключаются: жирные, жареные, острые блюда, газированные напитки, яичные желтки, орехи, сдоба, сырые овощи и фрукты; – медикаментозная терапия: спазмолитики (мебеверин, дротаверин); – по показаниям: антибактериальные препараты, ферменты, желчегонные	

Ситуационная задача 19

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент Б., 58 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на общую слабость, тошноту, тяжесть в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд. Из анамнеза выяснено, что в течение многих лет злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние средний тяжести, температура тела 36,9⁰ С. Кожные покровы, видимые слизистые субиктеричны, следы расчёсов на коже. Губы и язык малиновые. На коже груди сосудистые звездочки, вокруг пупка расширенные, извитые подкожные вены. Питание понижено. Дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 92 уд./мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень + 4,0 см, плотная, бугристая. Пальпируется увеличенная селезенка.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 19

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Алкогольный цирроз печени, субкомпенсированный. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на общую слабость, тошноту, тяжесть в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд; – данных анамнеза: длительное злоупотребление алкоголем; – объективных данных: желтушность, следы расчёсов на коже, «печёночные» губы, язык и ладони, «сосудистые звёздочки», увеличение селезёнки и печени (печень плотная, бугристая)	
2.	Тактика ведения пациента: необходима консультация терапевта для уточнения диагноза, определения плана обследования, тактики лечения и решения вопроса о плановой госпитализации	

3.	Дополнительные методы исследования 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимическое исследование крови (АСАТ, АЛАТ, сиаловые кислоты, билирубин, общий белок и белковые фракции, глюкоза), – общий анализ мочи. 2. Инструментальные методы диагностики: – биопсия печени, – УЗИ органов брюшной полости, – ЭФГДС	
4.	Принципы лечения: – режим постельный; – диета – прием пищи 5-6 раз в сутки, исключение из рациона острой, жирной, жареной, копченой, грубой пищи, ограничение поваренной соли до 3 г в сутки, повышенное содержание белка (1,0-1,5 г/кг веса пациента, при развитии печеночной энцефалопатии количество белка ограничивается до 30 г в сутки, потребление продуктов питания с повышенным содержанием витаминов (группы В, С, А); – медикаментозная терапия: гепатопротекторы (препараты урсодезоксихолевой кислоты), витамины (группы В)	
1	2	3
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – соблюдение диеты; – отказ от алкоголя; – отказ от бесконтрольного применения лекарственных препаратов; – полноценный отдых; – прием полиферментных препаратов для улучшения пищеварения; – контроль массы тела, водного баланса	

Ситуационная задача 20

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент Р., 42 года, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на опоясывающие боли в эпигастриальной области, возникающие после приема жирной и острой пищи. Боли стихают при голодании, а также после приема омепразола. Беспокоят тошнота, вздутие живота, урчание. Стул 3-4 раза в день, обильный, блестящий, с резким запахом.

Из анамнеза: три года назад после обильного употребления алкоголя и жирной пищи возникли жгучие опоясывающие боли, рвота, температура повысилась до 38⁰ С, с данными симптомами был госпитализирован в хирургическое отделение. Периодически после злоупотребления алкоголем отмечает появление болевого синдрома. Лечится амбулаторно. Отмечает усиление болевого синдрома в течение недели.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пациент пониженного питания. Температура тела 36,7⁰ С. На коже груди и живота мелкие «красные капельки». При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 88 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании, мышечного напряжения нет. Печень, селезенка не увеличены. Определяется болезненность при пальпации в точке Мейо-Робсона.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 20

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Хронический алкогольный панкреатит, болевая форма с внешнесекреторной недостаточностью, стадия обострения. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на опоясывающие боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной и острой пищи, тошноту, вздутие живота, урчание, учащенный стул (3-4 раза в день, обильный, блестящий, с резким запахом); – данных анамнеза: злоупотребление алкоголем в течение нескольких лет;	
1	2	3
	– объективных данных: пациент пониженного питания, на коже груди и живота мелкие «красные капельки». Язык обложен белым налетом. Живот вздут, определяется болезненность при пальпации в точке Мейо-Робсона. Клинически можно выделить следующие синдромы, характерные для хронического панкреатита: – болевой (опоясывающие боли, усиление болей после приема острой и жирной пищи, стихание при голодании); – диспепсии (тошнота, вздутие живота, урчание); – секреторной недостаточности поджелудочной железы (снижение массы тела, диарея, мегафекалия, стеаторея)	
2.	Тактика ведения пациента: необходимо направить пациента на консультацию к терапевту для уточнения диагноза, определения тактики лечения и решения вопроса о плановой госпитализации	
3.	Дополнительные методы исследования: 1. Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимическое исследование крови (общий билирубин, прямой непрямой, ЩФ, амилаза, липаза, АСАТ, АЛАТ, ЩФ, общий белок и белковые фракции, глюкоза), – общий анализ мочи, – копрограмма. 2. Инструментальные методы диагностики: УЗИ органов брюшной полости, ЭРХПГ	
4.	Принципы лечения. Особенности ухода. – режим постельный; – диета – прием пищи 5-6 раз в сутки, исключение из рациона острой, жирной, жареной, копченой, грубой пищи, ограничение поваренной соли до 3-6 граммов в сутки,	

	повышенное содержание белка 100-120 г (яичный белок, отварное мясо, рыба), пониженное содержание жиров до 60-80 г, 300-350 г углеводов; – медикаментозная терапия: блокаторы протонной помпы (омепразол, лансопризол, рабепразол); спазмолитики (мебеверин, дротаверин); панкреатические ферменты (панкреатин)	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – строгое соблюдение диеты; – отказ от алкоголя; – диспансерное наблюдение; – прием ферментных препаратов для улучшения пищеварения	

Ситуационная задача 21

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП вызван на дом к пациенту Н., 18 лет, который предъявляет жалобы на головные боли, отеки на ногах и лице, уменьшение количества выделяемой мочи при обычном питьевом режиме, изменение цвета мочи (бурого цвета).

Из анамнеза: 2 недели назад перенес ангину.

Объективно: состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Температура тела 37,0° С. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Катаральных явлений нет. Задняя стенка глотки бледно-розовая, миндалины несколько увеличены, розовые, незначительно инъецированы сосудами. Определяются отеки голеней, стоп, лица. Лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 18 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 78 уд./мин. АД 160/100 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Поясничная область визуально не изменена, симптом Пастернацкого слабоположительный.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Назовите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 21

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Острый гломерулонефрит. Диагноз поставлен на основании: – основных жалоб – на головные боли, олигурию, гематурию, отеки на ногах и лице; – данных анамнеза: 2 недели назад перенес ангину; Клинически можно выделить следующие синдромы: – нефритический (отеки, изменения в моче); – гипертонический (головные боли, при аускультации акцент II тона на аорте, АД 160/100 мм рт. ст. на обеих руках); – мочевого (уменьшение количества выделяемой мочи при обычном питьевом режиме, изменение цвета мочи на бурый)	

	цвет)	
2.	Тактика ведения пациента: экстренная госпитализация в терапевтическое (нефрологическое) отделение	
3.	Дополнительные методы исследования: 1. Лабораторные методы исследования: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, СРБ, титр АСЛО, креатинин, фибриноген), – общий анализ мочи (гиперстеноурия, эритроцитурия, протеинурия), – проба по Зимницкому; 2. Инструментальные методы: нефробиопсия, УЗИ почек, ЭКГ, контроль АД	
4.	Принципы лечения: – режим постельный; – диета – ограничение потребления соли до 3-5 г в сутки, жидкости (суточный объем принимаемой жидкости не должен превышать более чем на 300 мл выделенного объема мочи), животного белка до 60 г в сутки, рекомендуется употребление продуктов богатых калием и кальцием, исключение жирных, жареных и острых блюд;	
1	2	3
	Медикаментозная терапия: – антибиотики (пенициллин); – диуретики (фуросемид); – гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ)	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – диспансерное наблюдение у нефролога на протяжении 2-х лет (консультации терапевта, нефролога каждые 3 месяца, ЛОР, стоматолог, уролог, окулист – каждые 6 месяцев, анализы мочи и биохимическое исследование крови первые 3 месяца ежемесячно, далее 1 раз в три месяца, регулярный контроль артериального давления); – соблюдение диеты и питьевого режима в течение 2-х лет; – своевременное лечение всех вирусных и бактериальных инфекций; – отказ от вредных привычек; – избегать переохлаждений, вакцинаций, нефротоксичных лекарственных препаратов, частой смены климатических условий, тяжелой физической нагрузки	

Ситуационная задача 22

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер вызван на дом к пациентке Н., 42 лет, которая предъявляет жалобы: на головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, общую слабость. Впервые заболела 8 лет назад, был поставлен диагноз: острый гломерулонефрит. Состоит на диспансерном учете. Ухудшение состояния отмечает в течение недели.

Объективно: состояние средней тяжести, лицо одутловатое. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы, ЧДД 22 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,0 см

кнаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-ого тона на аорте. Пульс 96 уд./мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной области.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Определите тактику ведения пациентки.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 22

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. ХБП IV-V стадии? Хронический гломерулонефрит смешанная форма, стадия обострения. Диагноз поставлен на основании: – основных жалоб: на головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, слабость;	
1	2	3
	– данных анамнеза: состоит на «Д» учете с диагнозом хронический гломерулонефрит, ухудшение состояния отмечает в течение недели; – объективных данных: состояние средней тяжести, лицо одутловатое. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости расширена. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/100 мм рт. ст. Клинически можно выделить следующие синдромы: – нефротический (отеки, изменения в моче); – гипертонический (головные боли, признаки гипертрофии левого желудочка, АД 170/100 мм рт. ст.); – азотемический (отсутствие аппетита, тошнота, слабость, сухость кожи, болезненность при пальпации в эпигастральной области); – анемический (слабость, бледность кожи, тахикардия)	
2.	Тактика ведения пациентки: госпитализация в нефрологическое (терапевтическое) отделение для уточнения диагноза и определения тактики лечения	
3.	Дополнительные методы исследования: 1. Лабораторные методы исследования: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, общий белок, белковые фракции, холестерин и липидный спектр, калий, натрий), – общий анализ мочи (гипостенурия, эритроцитурия, протеинурия, цилиндрурия),	

	– проба по Зимницкому, – скорость клубочковой фильтрации; 2. Инструментальные методы исследования: УЗИ почек, биопсия почек	
4.	Принципы лечения: – режим полупостельный; – низкобелковая диета, ограничение соли, водный режим адекватный диурезу; – лечение основного заболевания; – гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, диуретики); – гиполипидемические средства (статины); – энтеросорбенты; – лечение анемии эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа; – показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15-10 мл/мин.	
1	2	3
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – диспансерное наблюдение у нефролога; – соблюдение диеты и питьевого режима; – своевременное лечение всех вирусных и бактериальных инфекций; – отказ от вредных привычек; – избегать переохлаждений, вакцинаций, нефротоксичных лекарственных препаратов, частой смены климатических условий, значительных физических нагрузок	

Ситуационная задача 23

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру ФАП с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое мочеиспускание. Своё заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 38,6⁰ С. Кожные покровы чистые, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 уд./мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне рёберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 23

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	Постановка диагноза и его обоснование Предположительный диагноз. Острый правосторонний пиелонефрит внебольничный, неосложненный? Диагноз поставлен на основании: – основных жалоб: на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое мочеиспускание; – данных анамнеза: заболевание связывает с переохлаждением, заболела остро; – объективных данных: температура 38,4 ⁰ С, состояние средней степени тяжести. Болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне рёберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа; – острое начало, односторонний воспалительный процесс в проекции правой почки после прохладения подтверждают предварительный диагноз	
1	2	3
2.	Тактика ведения пациентки: госпитализация в хирургическое (урологическое) отделение для уточнения диагноза и определения тактики лечения	
3.	Дополнительные методы исследования: 1. Лабораторные методы исследования: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (креатинин), – общий анализ мочи (лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия, бактериурия), – проба по Нечипоренко, – проба по Зимницкому. 2. Инструментальные методы исследования: УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторная урография	
4.	Принципы лечения: – режим полупостельный; – диета: рекомендуется увеличение количества жидкости до 2,5 л (клюквенные, брусничные морсы), умеренное ограничение соли, исключаются острые блюда, мясные бульоны, консервы, кофе, различные приправы; – антибактериальная терапия (защищенные пенициллины – амоксиклав, фторхинолоны – левофлоксацин); – дезинтоксикационная терапия; – спазмолитики при болевом синдроме	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – диспансерное наблюдение; – диета: рекомендуется увеличение количества жидкости (объем выпиваемой жидкости 2л и более), умеренное ограничение соли, ограничиваются острые блюда, мясные бульоны, консервы, кофе, различные приправы; – частое опорожнение мочевого пузыря (каждые 3 часа); – исключение переохлаждения; – соблюдение личной гигиены; – фитотерапия	

Ситуационная задача 24

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент К., 35 лет, обратился к фельдшеру здравпункта с жалобами на периодические подъемы температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ в течение последних двух месяцев, нарастание слабости, повышенной потливости, снижение веса (похудел на 4 кг). Два дня назад появилось кровохарканье, что заставило обратиться в здравпункт.

Курит в течение 20 лет до 1 пачки сигарет в день.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, температура до $37,5^{\circ}\text{C}$. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный при пальпации. Печень не увеличена.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Составьте дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
5. Определите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 24

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого. Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на периодические подъемы температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ в течение последних двух месяцев, нарастание слабости, повышенной потливости, снижение веса, кровохарканье; – данных анамнеза: длительный стаж курения; – объективных данных: кожные покровы бледные, влажные, субфебрильная температура Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы; – в пользу туберкулеза свидетельствует постепенное развитие заболевания с симптомами туберкулезной интоксикации, типичная локализация процесса	
2.	Дифференциальный ряд заболеваний: пневмония, центральный рак легкого, обострение ХОБЛ	
3.	Тактика ведения пациента: необходима консультация терапевта, фтизиатра для уточнения диагноза (после дополнительной диагностики) и стационарное лечение в противотуберкулезном диспансере	
4.	Дополнительные методы диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики:	

	– общий анализ крови, – общий анализ мокроты на МБТ методом бактериоскопии и посева. 2. Инструментальные методы диагностики: – рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, – томография, – бронхоскопия. 3. Туберкулиновые пробы	
5.	Принципы лечения: – режим полупостельный; – диета с достаточным количеством белка и витаминов, количество жидкости более 2 л в сутки (вода, щелочное питье, морсы); – антибактериальная терапия (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол); – симптоматическая терапия	

Ситуационная задача 25

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент 57 лет, обратился к фельдшеру здравпункта с жалобами на боли в груди, надсадный кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при физической нагрузке. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. За последние 2 месяца отмечает появление быстрой утомляемости, нарастающую слабость, периодическое повышение температуры.

В анамнезе ОРЗ, грипп. Работает строителем, до 1991 г. в течение 6 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области. Курит до 1 пачки сигарет в день.

Объективно: кожные покровы бледные, температура 37,2⁰ С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 уд./мин., АД 130/85 мм рт. ст. Живот безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличена.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Составьте дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.
5. Назовите виды медицинской документации, заполняемые фельдшером на амбулаторном приеме для пациента с данной патологией.

Эталон решения ситуационной задачи 25

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование: Предположительный диагноз. Центральный рак легкого? Диагноз поставлен с учетом: – основных жалоб: на боли в груди, надсадный кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при физической нагрузке, периодические подъемы температуры, в течение последних двух месяцев нарастание слабости, кровохарканье;	

	– данных анамнеза: в течение 6 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области, длительный стаж курения; – объективных данных: кожные покровы бледные, субфебрильная температура, при аускультации дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы; – в пользу рака легких свидетельствует наличие факторов риска, постепенное развитие заболевания с симптомами интоксикации, кровохарканье	
2.	Дифференциальный ряд заболеваний: туберкулез легких, ХОБЛ, хронический бронхит, пневмония	
3.	Тактика ведения пациента: необходимы консультации терапевта, онколога, фтизиатра для уточнения диагноза (после дополнительной диагностики) и стационарное лечение по профилю основного заболевания	
4.	Дополнительные методы диагностики Лабораторные: общий анализ крови, общий анализ мокроты, анализ мокроты на МБТ. Инструментальные: рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, томография грудной клетки, бронхоскопия со взятием биопсии	
1	2	3
5.	Виды медицинской документации: – медицинская карта амбулаторного больного; – извещение на впервые выявленного больного со злокачественной опухолью; – контрольная карта диспансерного наблюдения	

Ситуационная задача 26

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру обратилась пациентка 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: состояние удовлетворительное, температура 36,7° С. Кожа бледная, сухая. Ногти слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 100/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

В анализе крови:

Эритроциты	Гемоглобин	Цветовой показатель	Ретикулоциты	Тромбоциты
2,8*10 ¹² /л	85 г/л	0,75	0,5%	190*10 ⁹ /л
Лейкоциты 5,5*10 ⁹ /л				

Анизоцитоз + + +, Пойкилоцитоз + +, СОЭ 20 мм/ч

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения пациентки.
3. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике

Эталон решения ситуационной задачи 26

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Железодефицитная анемия средней степени тяжести? Диагноз поставлен на основании: – жалоб: на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание «мушек» перед глазами, желание есть мел; – данных анамнеза: обильные и длительные (8 дней) менструации; – объективных данных: кожа бледная, сухая, ногти слоятся, поперечно исчерченные. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца, тахикардия (пульс 92 в минуту), слабого наполнения, мягкий, гипотония (АД 100/60 мм рт. ст.);	
1	2	3
	– изменений в анализе крови: снижение эритроцитов, гемоглобина, цветового показателя, анизоцитоз + + +, пойкилоцитоз + +, увеличение СОЭ. Клинически можно выделить следующие синдромы: – анемический (слабость, головокружение, одышка при ходьбе, сердцебиение, мелькание «мушек» перед глазами, кожные покровы и склеры бледные, тахикардия); – сидеропенический (желание есть мел, кожа сухая, ногти слоятся, поперечно исчерченные)	
2.	Тактика ведения пациентки: для уточнения диагноза необходимо провести обязательную лабораторную, инструментальную диагностику заболевания и направить пациентку на консультацию к терапевту, гинекологу, гематологу(?) для дифференциальной диагностики и определения тактики лечения	
3.	Методы дополнительной диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики: – ОАК в динамике, – БАК (ферритин; общая железосвязывающая способность сыворотки, сывороточное железо, билирубин), – ОАМ; 2. Инструментальные методы диагностики: – УЗИ гинекологическое, абдоминальное (?), ЭФГДС (?), – рентгенография органов грудной клетки	
4.	Принципы лечения: – режим амбулаторный; – полноценное питание, рекомендуется увеличить в рационе количество красного мяса, овощей, фруктов, ограничить прием молока; – лечение проводится препаратами железа: железа (III) гидроксид полимальтозный комплекс (мальтофер), сорбифер дурулекс, под контролем анализов крови (ОАК, БАК);	

	– после нормализации гемоглобина в течение 2-5 месяцев проводится терапия насыщения под контролем анализов крови (ОАК, БАК)	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – питание полноценное, разнообразное: увеличить в рационе количество красного мяса, овощей, фруктов, ограничить прием молока; – питаться регулярно, тщательно пережевывать пищу; – поддерживающая терапия препаратами железа 50-100 мг/сутки, 7-10 дней в месяц при сохраняющихся кровопотерях; – необходимы оптимальные физические нагрузки; – отказаться от курения; – контроль ОАК 1 раз 3 месяца, ОАМ, БАК 1 раз в год; – диспансерное наблюдение у терапевта, гинеколога	

Ситуационная задача 27

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент Б., 67 лет, жалуется на выраженную общую слабость, головокружение, одышку и сердцебиение при небольших физических нагрузках, преходящее ощущение онемения и «ползания мурашек» в ногах, неустойчивость при ходьбе, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи.

Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят около трех месяцев. Пациент наблюдается в онкологическом диспансере в связи с субтотальной резекцией желудка по поводу рака, проведенной шесть лет назад (данных о рецидиве заболевания нет).

Объективно: состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, питание пониженное. Кожные покровы и склеры бледные, с желтушным оттенком, периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 96 уд./мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см по среднеключичной линии, безболезненна, край ровный, поверхность гладкая.

В общем анализе крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $2,1 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 1,2, выраженный анизоцитоз, лейкоциты $3,15 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $98,7 \cdot 10^9/л$, ретикулоциты 6 %, СОЭ 18 мм/ч.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 27

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Рак желудка. Состояние после субтотальной резекции желудка. В12-дефицитная анемия, средней степени тяжести? Диагноз поставлен на основании: – жалоб: на общую слабость, головокружение, одышку и	

	сердцебиение при небольших физических нагрузках, преходящее ощущение онемения и «ползания мурашек» в ногах, неустойчивость при ходьбе; – данных анамнеза: данные симптомы беспокоят около трех месяцев, пациент наблюдается в онкологическом диспансере в связи с субтотальной резекцией желудка по поводу рака, проведенной шесть лет назад; – объективных данных: кожные покровы и склеры бледные, с желтушным оттенком. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см по среднеключичной линии; – изменений в анализе крови: снижение эритроцитов, гемоглобина (средняя степень тяжести анемии), анизоцитоз, увеличение СОЭ, гиперхромный (ЦП), макроцитарный (средний объем эритроцита) характер анемии в сочетании с умеренно выраженной тенденцией к лейкопении и тромбоцитопении;	
1	2	3
	Клинически можно выделить следующие синдромы: – анемический (общая слабость, головокружение, кожные покровы и склеры бледные; – кардиальный (одышка, сердцебиение при небольших физических нагрузках, тоны сердца приглушены, тахикардия); – неврологический (преходящее ощущение онемения и «ползания мурашек» в ногах, неустойчивость при ходьбе); – синдром гемолитической желтухи (кожные покровы и склеры с желтушным оттенком, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см по среднеключичной линии)	
2.	Тактика ведения пациента: для уточнения диагноза необходимо провести обязательную лабораторную, инструментальную диагностику заболевания и направить пациента на консультацию к терапевту, гематологу, онкологу для дифференциальной диагностики и определения тактики лечения	
3.	Методы дополнительной диагностики: - Лабораторные методы исследования: – ОАК в динамике, – БАК (витамина В₁₂ в сыворотке, билирубин), – ОАМ, – кал на я/глист. - Инструментальные методы исследования: – пункция костного мозга, – УЗИ абдоминальное, – ЭКГ	
4.	Принципы лечения: – режим амбулаторный; – полноценное питание, рекомендуется включить в рацион печень, овощи, фрукты, зелень, молоко, сыр; – лечение проводится витамином В₁₂ внутримышечно 4-8 недель, под контролем анализов крови (ОАК, БАК); – после нормализации гемоглобина проводится	

	поддерживающая терапия 1 раз в 2 месяца под контролем анализов крови (ОАК, БАК)	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – включить в рацион питания печень, овощи, фрукты, зелень, молоко, сыр; – питаться регулярно, тщательно пережевывать пищу; – поддерживающая терапия витамином В₁₂ внутримышечно 1 раз в 2 месяца пожизненно; – необходимы оптимальные физические нагрузки; – отказаться от курения; – контроль ОАК 1 раз в 2 месяца; – ЭФГДС 1 раз в 6-12 месяцев; – диспансерное наблюдение у терапевта, гематолога, онколога	

Ситуационная задача 28

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка С., 35 лет обратилась к фельдшеру ФАП с жалобами на раздражительность, потливость, ощущение жара, сердцебиение, снижение массы тела. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Первые симптомы заболевания появились 2 месяца назад.

Объективно: состояние удовлетворительное, пациентка раздражительна, суетлива. Кожные покровы влажные, температура 37,0° С Отмечается тремор пальцев, усиленный блеск глаз. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100 уд./мин., АД 140/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения пациентки.
3. Назовите дополнительные методы диагностики данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 28

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз, увеличение щитовидной железы II степени. Диагноз поставлен на основании: – основных жалоб: на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание; – анамнеза: заболевание связывает со стрессовой ситуацией, болеет 2 месяца; – объективных данных: повышение температуры (37,0°С), влажность кожных покровов, тремор пальцев, усиленный блеск глаз, диффузное увеличение щитовидной железы (II степени – железа пальпируется и видна), тахикардия, повышение систолического и снижение диастолического (АД 140/60 мм рт. ст.)	

2.	Тактика ведения пациентки: для уточнения диагноза необходимо провести обязательную лабораторную, инструментальную диагностику заболевания и направить пациентку на консультацию к эндокринологу для дифференциальной диагностики и определения тактики лечения	
3.	Дополнительные методы диагностики 1. Лабораторные методы исследования: – ОАК, – ТТГ, свободный Т ₃ (F T ₃), свободный Т ₄ (F T ₄), – определение антител к рецепторам ТТГ. 2. Инструментальные методы исследования: – УЗИ щитовидной железы, – мониторинг АД, – ЭКГ, ЭхоКГ	
1	2	3
	3. По показаниям: – сцинтиграфия щитовидной железы с (¹³¹ I), – рентгенография с контрастированием пищевода, – КТ или МРТ шеи и средостения, – пункционная биопсия и цитологическое исследование	
4.	Принципы лечения: – режим амбулаторный, – консервативное лечение 12-18 месяцев, используют тиамазол (мерказололил) или пропилтиоурацил (пропицил) для достижения эутиреоза; – затем радиоiodтерапия или хирургическое лечение; – симптоматическое лечение: бета-адреноблокаторы (метопролол, бисопролол), седативные препараты	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – полноценное питание, ограничить йодсодержащие продукты; – до достижения эутиреоза ограничить физическую нагрузку; – не принимать йодсодержащие препараты; – отказаться от курения; – диспансерное наблюдение у терапевта, эндокринолога	

Ситуационная задача 29

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Болеет в течение года.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура 35,7⁰ С. Кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, веки припухшие. Отеки в области голеней и стоп. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения пациентки.
3. Назовите дополнительные методы диагностики данного заболевания.

4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 29

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Гипотиреоз. Диагноз поставлен на основании: – основных жалоб: на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры; – анамнеза: первые симптомы заболевания появились года в течение;	

1	2	3
	– объективных данных: гипотермия, сухость и шелушение кожи, отечность лица, голеней и стоп, увеличение массы тела. Тоны сердца приглушены, брадикардия	
2.	Тактика ведения пациентки: для уточнения диагноза необходимо провести обязательную лабораторную, инструментальную диагностику заболевания и направить пациентку на консультацию к эндокринологу для дифференциальной диагностики и определения тактики лечения	
3.	Дополнительные методы диагностики. 1. Лабораторные методы диагностики: – базальный уровень ТТГ, – свободный Т ₄ (F T ₄), – УЗИ щитовидной железы, – определение антител к ткани щитовидной железы. 2. Инструментальные методы исследования: – УЗИ щитовидной железы, – мониторинг АД, – ЭКГ, ЭхоКГ. 3. По показаниям: – сцинтиграфия щитовидной железы с (¹³¹ I), – пункционная биопсия и цитологическое исследование	
4.	Принципы лечения: – режим амбулаторный; – заместительная терапия препаратом левотироксином (L ₄) (тироксин, эутирокс) проводится пожизненно	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – ограничить калорийность рациона за счет продуктов содержащих холестерин и быстрые углеводы; – необходимы оптимальные физические нагрузки; – отказаться от курения; – контроль ТТГ 1 раз в 6 месяцев; – диспансерное наблюдение у терапевта, эндокринолога	

Ситуационная задача 30

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка Т., 67 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на умеренную жажду, сухость во рту, кожный зуд в области промежности, слабость. Данные симптомы появились 3 месяца назад.

Из анамнеза: в течение 10 лет состоит на диспансерном учете по поводу гипертонической болезни.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура 36,6⁰ С. Кожные покровы сухие. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно (рост 160 см, масса тела 92 кг). Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости по средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 92 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику ведения пациентки.
3. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 30

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Сахарный диабет 2 типа, ГБ, II стадия, 1 степень повышения АД, риск 4 (очень высокий). Диагноз поставлен на основании: – основных жалоб: умеренная жажда, сухость во рту, кожный зуд в области промежности, слабость; – анамнеза: жалобы появились 3 месяца назад; – объективных данных: пожилой возраст, кожные покровы сухие, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно; – 1 степень определяется уровнем АД – 140/90 мм рт. ст.; – риск 4 определяется наличием сахарного диабета; – стадия II определяется наличием поражения органа мишени (сердца)	
2.	Тактика ведения пациентки: для уточнения диагноза необходимо провести обязательную лабораторную, инструментальную диагностику заболевания и направить пациентку на консультацию к терапевту, эндокринологу, окулисту (осмотр глазного дна) для дифференциальной диагностики и определения тактики лечения	
3.	Методы дополнительной диагностики 1. Лабораторные методы исследования: – биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП), – глюкозотолерантный тест по показаниям, – ОАМ (определение глюкозы и кетоновых тел в моче, удельный вес, белок); – определение гликированного гемоглобина (HbA_{1c}); 2. Инструментальные методы исследования: – УЗИ поджелудочной железы, почек;	

	– мониторинг АД, – ЭКГ, ЭхоКГ	
4.	Принципы лечения: – режим амбулаторный; – диета и физические нагрузки на первом этапе лечения, если гликированный гемоглобин (HbA_{1c}) до 6,5%; – монотерапия чаще метформином (гр. бигуаниды), если гликированный гемоглобин (HbA_{1c}) 6,5-7,5%; – комбинированная терапия метформином (сиофор, глюкофаж) гр. бигуаниды + глимепирид (амарил) или гликлазад (диабетон МВ) гр. производные сульфанилмочевины, если гликированный гемоглобин (HbA_{1c}) 7,6-9,0%; – инсулинотерапия, если гликированный гемоглобин (HbA_{1c}) более 9,0%; – гипотензивная терапия, гиполипидемические препараты по показаниям	
1	2	3
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – ограничить калорийность рациона до 1200 ккал/сут. за счет продуктов содержащих холестерин и быстрые углеводы; – необходимы оптимальные физические нагрузки; – отказаться от курения; – самоконтроль гликемии; – контроль ОАК, ОАМ, БАК 1 раз в год; – контроль гликированного гемоглобина 1 раз в 3-6 месяцев; – диспансерное наблюдение у терапевта, эндокринолога; – пройти обучение в «Школе диабета 2 типа»	

Ситуационная задача 31

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент М., 55 лет, водитель, обратился к фельдшеру с жалобами на припухлость и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений.

Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 4 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно обнаружено было припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-ого плюснефалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 3 месяцев.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отмечаются костные деформации в области 1-ого и 2-ого плюснефаланговых суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Незначительное ограничение движений 1-ого и 2-ого пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные шумов нет, ЧСС 86 уд./мин., АД 135/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику по отношению к пациенту.
3. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 31

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Подагра, рецидивирующий артрит 1-ого и 2-ого правых плюснефаланговых суставов и правого голеностопного сустава	
1	2	3
	Диагноз поставлен на основании: – основных жалоб: на припухлость и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы; – анамнеза: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 4 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы, что типично для подагры; – объективных данных: отмечаются костные деформации в области 1-ого и 2-ого плюснефаланговых суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Незначительное ограничение движений 1-ого и 2-ого пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли	
2.	Тактика ведения: пациент нуждается в госпитализации в терапевтическое или ревматологическое отделение стационара для дифференциальной диагностики (с остеоартрозом, ревматоидным полиартритом, болезнью Рейтера) и определения тактики лечения	
3.	Методы дополнительной диагностики: 1. Лабораторные методы исследования: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (мочевая кислота, холестерин и липидный спектр, глюкоза, креатинин), – общий анализ мочи. 2. Инструментальные методы исследования: – рентгенография пораженных суставов, – УЗИ почек, – ЭКГ	
4.	Принципы лечения: – режим постельный, покой, иммобилизация пораженных	

	суставов; – диета с ограничением продуктов, богатых пуринами и отказ от алкоголя; – колхицин или большие дозы НПВС коротким курсом; – при отсутствии эффекта рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикоидов; – базисная терапия в данном случае будет состоять из соблюдения диеты и приема аллопуринола на 4-6 месяцев под контролем уровня мочевой кислоты в крови	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – диета низкокалорийная с резким ограничением пуринов (мяса, рыбы, бульонов, гороха, фасоли, грибов); – нормализация массы тела; – отказ от приема алкоголя, курения; – необходимы оптимальные физические нагрузки; – диспансерное наблюдение у терапевта, плановые осмотры 2-4 раза в год; – контроль ОАК, БАК, ОАМ 2-4 раза в год;	
	2	3
	– контроль АД, ЭКГ; – рентгенография пораженных суставов, УЗИ почек ежегодно; – базисная периодическая терапия аллопуринолом под контролем уровня мочевой кислоты в крови	

Ситуационная задача 32

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка З., 55 лет, станочница, обратилась фельдшеру здравпункта с жалобами на периодические боли в суставах нижних конечностей, которые резко усиливаются при длительной ходьбе, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в коленных суставах, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 6 лет. Началось заболевание постепенно с поражения коленных и голеностопных суставов, а затем поясничного отдела позвоночника. Периодически после интенсивной физической нагрузки в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений и лечения НПВС. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены. Деформация коленных суставов, объем активных движений в них снижен. Голеностопные суставы внешне не изменены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные шумов нет, ЧСС 88 уд./мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику по отношению к пациентке.

3. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 32

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Первичный полиостеоартроз, двусторонний гонартроз, медленно-прогрессирующее течение. Диагноз поставлен на основании: – факторов риска: женщина, 55 лет (менопауза?), станочница (профессиональный фактор риска), избыточный вес; – основных жалоб: периодические боли в суставах нижних конечностей, которые резко усиливаются при нагрузках, чувство утренней скованности, треск при движениях в суставах, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника; – анамнеза: страдает данным заболеванием 6 лет;	
1	2	3
	– объективных данных: питание повышенное, деформация коленных суставов, объем активных движений в них снижен, отмечается крепитация, треск и болезненность при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника	
2.	Тактика ведения: для уточнения диагноза и определения тактики лечения необходимо провести лабораторную, инструментальную диагностику заболевания и направить пациентку на консультацию к терапевту, (ревматологу, профпатологу?)	
3.	Методы дополнительной диагностики : 1. Лабораторные методы исследования: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (холестерин и липидный спектр, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, СРБ, ревматоидный фактор), – общий анализ мочи. 2. Инструментальные методы исследования: рентгенография пораженных суставов, рентгенография поясничного отдела позвоночника, ЭКГ	
4.	Принципы лечения: – режим полупостельный, разгрузка пораженных суставов, использование механических вспомогательных приспособлений (корсета, трости); – диета низкокалорийная; – НПВС (ибупрофен, мелоксикам); – глюкокортикостероиды (внутрисуставные инъекции); – хондропротекторы (препараты глюкозамина сульфата или хондроитина сульфата); – физиолечение;	

	– ЛФК; – при неэффективности — хирургическое лечение	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – диета низкокалорийная; – нормализация массы тела; – необходимы оптимальные физические нагрузки, ЛФК; – диспансерное наблюдение у терапевта, ревматолога; – контроль АД, ЭКГ; – обучение в «Школе для пациентов с остеоартрозом»; – санаторно-курортное лечение	

Ситуационная задача 33

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка Е., 31 год, обратилась к фельдшеру ФАП с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, боли в лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах, утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 12 часов дня, субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние четыре месяца, выраженную общую слабость.

Работает почтальоном. Около семи месяцев назад впервые возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать. Ухудшение состояния в последние четыре месяца, когда значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые, развились скованность, субфебрилитет, похудание. По совету соседки принимала аспирин, индометацин, с незначительным положительным эффектом.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,4⁰ С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава два подкожных плотных узелковых образования размером 0,5 х 0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия в пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставах, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы деформированы, увеличены в объеме, определяется гипертермия кожи при пальпации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные шумов нет, ЧСС 92 уд./мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику по отношению к пациентке.
3. Назовите методы лабораторной, инструментальной диагностики данного заболевания.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 33

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Ревматоидный полиартрит. Анемия (?). Диагноз поставлен на основании: – основных жалоб: выраженные боли и припухание суставов кистей, боли в лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах, утреннюю скованность в пораженных суставах.	

	Слабость, субфебрилитет, похудание свидетельствуют в пользу общевоспалительного синдрома; – анамнеза: артрит носит хронический и прогрессирующий характер, в процесс вовлекаются новые суставы; – объективных данных: множественность и симметричность поражения суставов с вовлечением в процесс суставов кистей. В области левого локтевого сустава выявляются ревматоидные узелки, в коленных суставах выявляется значительное количество выпота; – бледность кожных покровов и слизистых, может указывать на развитие анемии	
2.	Тактика ведения: пациентка нуждается в госпитализации в терапевтическое или ревматологическое отделение стационара для уточнения диагноза и определения тактики лечения	
3.	Методы дополнительной диагностики: 1. Лабораторные методы исследования: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (СРБ, ревматоидный фактор, общий белок и белковые фракции), – иммунология крови (иммуноглобулины), – общий анализ мочи	
1	2	3
	2. Инструментальные: методы исследования: рентгенография пораженных суставов	
4.	Принципы лечения: – режим полупостельный, разгрузка пораженных суставов, использование механических вспомогательных приспособлений (трости); – диета должна включать продукты, содержание полиненасыщенные жирные кислоты, кальций, витамин D; – цитостатики (метотрексат); – НПВС (нимесулид, мелоксикам, целекоксиб); – глюкокортикостероиды (преднизолон); – физиолечение; – ЛФК; – при неэффективности — хирургическое лечение	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – необходимы оптимальные физические нагрузки, ЛФК, массаж; – контроль массы тела; – диспансерное наблюдение у терапевта, ревматолога; – контроль ЭФГДС; – обучение в «Школе для пациентов с ревматоидным полиартритом»; – санаторно-курортное лечение	

Ситуационная задача 34

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вызов фельдшера ФАП в общественное место (магазин). Женщина около 30 лет, без сознания лежит на земле. Кожные покровы бледные. Челюсти сжаты, голова запрокинута назад. Руки и ноги в полусогнутом положении, мышцы напряжены. Зрачки расширены,

равны с обеих сторон, на свет не реагируют. Через несколько секунд после осмотра развились симметричные подергивания мышц лица и конечностей. Появилась розовая пена изо рта. Непроизвольное мочеиспускание. АД 160/90 мм рт. ст., пульс 102 уд./мин.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
3. Назовите принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите принципы профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 34

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Эпилепсия. Диагноз основан: – на динамике развития судорожного синдрома (тонический, затем клонический компоненты); – на данных объективного обследования: без сознания, отмечается бледность кожных покровов, недержание мочи, тризм, расширение зрачков, пена изо рта, артериальная гипертензия, тахикардия	
1	2	3
2.	Тактика фельдшера по ведению пациента: необходима госпитализация в неврологическое отделение стационара после оказания неотложной помощи	
3.	Принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – предохранение от механических травм, – предупреждение прикусывания и западения языка, – для купирования судорожного синдрома внутривенно медленно ввести 2,0–4,0 мл 0,5% раствора седуксена	
4.	Принципы лечения: – режим постельный; – лечение должно быть непрерывным и длительным: противоэpileптические препараты подбираются строго индивидуально; – психотерапевтическое воздействие направлено на устранение тревожно – депрессивных расстройств и изменений личности	
5.	Рекомендации пациенту: – исключить факторы, способствующие возникновению приступов (недосыпание, физическое и умственное перенапряжение, гипертермия); – назначение адекватной лекарственной терапии; – внимание к социальным проблемам пациента с эпилепсией	

Ситуационная задача 35

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К пациенту К., 35 лет был вызван фельдшер. Жалобы на слабость, головную боль, повторную рвоту, повышение температуры до 39,0° С. Болен третий день. Первые два дня

отмечалась вялость, сильная головная боль, на третий день состояние ухудшилось, усилилась головная боль, была повторная рвота и судороги.

Эпидемиологический анамнез: десять дней назад вернулся из командировки. Работал на лесозаготовке. Несколько раз снимал присосавшихся клещей.

При осмотре состояние тяжёлое. Пациент вялый, адинамичный. На вопросы отвечает неохотно. Речь неясная, глотание затруднено. Отмечается сглаженность носогубной складки справа. Кожа бледная. Тоны сердца глухие. ЧСС 100 уд./мин. Менингеальные симптомы резко положительные. По другим органам без особенностей.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте предположительный диагноз.
3. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
4. Назовите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 35

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма	
1	2	3
2.	Обоснование. Диагноз поставлен на основании эпидемиологического анамнеза: работал на лесозаготовке, снимал присосавшихся клещей; С учетом жалоб и объективных данных выделены синдромы: – острой интоксикации: острое начало заболевания, состояние тяжёлое, нарастающая вялость, температура 39,0 ⁰ С; – общемозговой: усиливающаяся головная боль, мозговая рвота, нарушение сознания на третий день болезни (ступор); – менингеальный: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Дана характеристика симптомов; – энцефалитический: нарушение сознания, судороги, очаговая симптоматика (сглаженность носогубной складки справа); – бульбарный: речь неясная, глотание затруднено	
3.	Тактика фельдшера по ведению пациента: необходима госпитализация в отделение неврологического профиля	
4.	Принципы лечения: – режим постельный; – медикаментозное лечение антибиотиками (пенициллин). В поздних стадиях назначают ноотропы, глиатилин, витаминные комплексы; – при поражении периферической нервной системы назначают ЛФК; – показаны иммуностимуляторы (циклоферон, полиоксидоний)	
5.	Рекомендации по профилактике: – неспецифические меры профилактики для предотвращения нападения клещей; – профилактическая антибактериальная терапия после укуса клеща; – вакцинопрофилактика – самый эффективный способ	

	профилактики	
--	--------------	--

Ситуационная задача 36

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вызов на дом фельдшера скорой помощи. Мужчине 60 лет, предъявляет жалобы: на общую слабость, головокружение, умеренно выраженную головную боль, онемение в правых конечностях и правой половине лица. Болеет второй день. Сначала онемели правые конечности, сегодня с утра появились нарушения речи (по типу «каши во рту»).

Объективно: АД 180/90 мм рт. ст., пульс 68 уд./мин., температура 36,6° С. Опущен угол рта справа и правое веко. Снижена чувствительность и сила мышц в правых конечностях. Походка нарушена: слегка подволакивает правую ногу. Речь нарушена: нечетко выговаривает слова, «проглатывает» окончания фраз. Понимание речи сохранено.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
3. Назовите необходимые дополнительные исследования.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 36

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование Предположительный диагноз. Артериальная гипертензия. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. При обосновании: – отмечен возраст пациента (60 лет) и характерные жалобы: на общую слабость, головокружение, умеренно выраженную головную боль, онемение в правых конечностях и правой половине лица; – учтены данные анамнеза: постепенное нарастание чувствительных и двигательных нарушений до степени паралича (плегии); – выделены симптомы острого расстройства нервной системы: головокружение, головная боль, онемение в правых конечностях и правой половине лица, нарушение речи по типу моторной афазии	
2.	Необходимые дополнительные исследования: – общий анализ крови (лейкоцитоз); – биохимический анализ крови для оценки системы свертываемости; – КТ, МРТ; – люмбальная пункция с целью уточнения характера инсульта (ишемический или геморрагический: по наличию или отсутствию крови в ликворе); – Эхоэнцефалоскопия – для выявления смещения структур головного мозга	

3.	Тактика фельдшера по ведению пациента: необходима срочная госпитализация в специализированное неврологическое отделение сосудистого профиля	
4.	Принципы лечения: – режим постельный; – препараты, регулирующие артериальное давление, сердечно-сосудистую деятельность; – при угрожающем отеке мозга: маннитол 20% р-ор 1,5 г/кг, при необходимости пациента помещают в барокамеру с целью оксигенобаротерапии; – вазоактивные препараты для улучшения локального мозгового кровотока (кавинтон, сермион, винотрапил); – для компенсации ацидоза показано применение антиоксидантов (мексидол)	
5.	Рекомендации по профилактике: – профилактика пневмонии, пролежней, уросепсиса и контрактур; – профилактика повторных инсультов, инфарктов	

Ситуационная задача 37

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы: на боли, рези при мочеиспускании и обильные бели.

Анамнез: менструации с 13 лет, по 4-5 дней регулярные. Были 1 роды и 1 медицинский аборт. Замужем. Работа мужа связана с командировками, из последней командировки вернулся 5 дней назад. У мужа также появились рези при мочеиспускании.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено, симптом Пастернацкого отрицательный. При осмотре половых органов фельдшер обнаружил отек и гиперемию губок уретры. Пальпация уретры через переднюю стенку влагалища болезненна, она пальпируется в виде плотного валика, из уретры выделяется гнойный экссудат желтоватого цвета.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите возбудителя заболевания, источник инфекции, пути передачи инфекции.
4. Назовите методы лабораторной диагностики.
5. Назовите возможную форму данного заболевания у новорожденных и метод ее профилактики.

Эталон решения ситуационной задачи 37

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Гонорейный уретрит	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – заболевание возникло через 5 дней после возвращения мужа из командировки, у мужа также имеются подобные проявления, инкубационный период гонореи составляет 3-5 реже до 15 дней;	

	– жалоб и клинических симптомов: боли и рези при мочеиспускании, обильные бели желтого цвета гнойного характера; – данных обследования: отечность и гиперемия области уретры, болезненность при пальпации	
3.	Возбудитель заболевания, источник инфекции, пути передачи инфекции. Возбудитель – гонококки, вид грамотрицательных диплококков. Источник инфекции – больной человек. Возбудитель передаётся половым путём, реже – через предметы обихода (белье, полотенце, мочалка)	
4.	Методы лабораторной диагностики: – микроскопия мазка из уретры, цервикального канала и прямой кишки; – посев белей на питательные среды	
1	2	3
5.	Форма заболевания у новорожденных и метод ее профилактики. Гонобленнорея – неонатальный конъюнктивит. Заражение новорожденного ребенка происходит от матери, при прохождении через родовые пути (если женщина страдает гонореей), также возможно заражение через предметы ухода за ребенком. Профилактика проводится сразу после рождения ребенка. Новорожденному закапывают на конъюнктиву нижнего века 20% раствор сульфацила натрия	

Ситуационная задача 38

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На приём к фельдшеру здравпункта обратился пациент 35 лет с жалобами на слабость, недомогание, головные боли, снижение аппетита и появление высыпаний на теле. Пациент встревожен, беспокоится о здоровье жены и детей, выражает опасение за своё и их будущее. Больным себя считает в течение недели. Из анамнеза выяснилось, что пациент 10-12 недель назад имел случайную половую связь с незнакомой женщиной в поезде.

Объективно: сознание ясное, температура 37,0⁰С.

При осмотре на боковой поверхности туловища, половых органах обнаружены множественные розеолезно-папулезные высыпания, мелкие рассеянные, буровато-красного цвета, округлой формы, не склонные к слиянию. При пальпации сыпь безболезненная, при надавливании элементы сыпи бледнеют. Субъективные ощущения отсутствуют.

На половом члене имеется язва с ровными краями в стадии обратного развития. практически все группы лимфатических узлов увеличены, плотноэластической консистенции, умеренно болезненные, не спаянные друг с другом, кожа над ними не изменена.

Вопросы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите диагностические исследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
4. Определите принципы лечения.
5. Назовите принципы профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 38

№	Выполнение задания	Выполнил/
---	--------------------	-----------

п/п		Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Сифилис вторичный, свежий. При обосновании правильно выделено: – жалобы на слабость, недомогание, головные боли, снижение аппетита и появление высыпаний на теле; – данные анамнеза: случайная половая связь 10-12 недель назад; – объективные признаки: характерные множественные мелкие рассеянные высыпания розеол и папул, язвы (твёрдый шанкр) в стадии обратного развития при отсутствии субъективных ощущений, типичное для сифилитического процесса увеличение всех групп лимфатических узлов	
1	2	3
2.	Необходимые дополнительные исследования: – микроскопическое исследование отделяемого из шанкра (обнаружение бледной трепонемы); – реакция микропреципитации (РМП) с плазмой и инактивированной сывороткой; – ИФА (иммуноферментный анализ) – обнаруживаются IgM и IgG, в данную стадию заболевания результаты резко положительны	
3.	Тактика фельдшера по ведению пациента: – согласно приказу Министерства РФ от 25.07.2003 N 327 госпитализация пациента в венерологическое отделение кожного венерологического отделения, в данном случае обязательна; – выявление половых контактов за последние 6 месяцев, с обязательным приглашением на обследование; – выявление бытовых контактов за последние 2 месяца, с обязательным приглашением на обследование; – лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение по одной из схем, приведенных в приказе	
4.	Принципы лечения данного заболевания: – согласно приказу Министерства РФ от 25.07.2003 N 327 лечение проводится в стационаре; – при данной форме проводят специфическое лечение с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемотической концентрации антимикробного препарата в крови и тканях; – выбор антибиотика и его дозы зависит от стадии сифилиса	
5.	Рекомендации пациенту и его родственникам по профилактике повторного заражения: – пациент должен находиться на клинико-серологическом контроле до негативации серологических нетрепонемных тестов (микрореакции), а затем еще в течение 6 месяцев; – по окончании срока наблюдения проводят полное клинико-серологическое обследование;	

	– соблюдать гигиену половой жизни; – при случайных половых контактах использовать барьерные контрацептивы (презервативы); – профилактика после случайного незащищенного полового контакта может быть осуществлена самостоятельно с помощью индивидуальных профилактических средств (хлоргексидина биглюконата, мирамистина)	
--	---	--

Ситуационная задача 39

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру здравпункта обратился пациент 18 лет с жалобами на зуд кожи по всему телу, усиливающийся в ночное время, высыпания на коже. Считает себя больным около недели. Проживает в общежитии.

Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное, температура 36,5° С. Кожа обычной окраски, в области живота, на внутренней поверхности бёдер, половом члене, в межпальцевых складках кистей, сгибательных поверхностях конечностей имеются множественные папулезно-везикулёзные элементы, расположенные парами, экскориации. Рs, АД, ЧДД в пределах возрастной нормы, живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
4. Определите принципы лечения данного заболевания.
5. Дайте рекомендации пациенту и его родственникам по профилактике повторного заражения.

Эталон решения ситуационной задачи 39

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Чесотка	
2.	Обоснование: При постановке диагноза правильно выделено: – жалобы на зуд, усиливающийся в ночное время, высыпания на коже живота, боковой поверхности туловища, в межпальцевых складках кистей, на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей; – данные объективного обследования: папулезно-везикулёзные высыпания, расположенные парами, экскориации в излюбленных для чесотки местах	
3.	Тактика фельдшера по ведению пациента: – пациент изолируется на весь период лечения; – лечение амбулаторное, консультация дерматолога; – лечению подлежат все лица, которые находились в контакте с пациентом в пределах одной квартиры (инвазивный очаг)	
4.	Принципы лечения данного заболевания: – лечение проводится на основании приказа МЗ РФ №162 от 24 апреля 2003 года; – лечению подлежат все лица, которые находились в контакте с	

	пациентом в пределах одной квартиры (инвазивный очаг); – все в очаге лечатся в одно и тоже время вечером (перед сном – наибольшая активность клеща), одним и тем же препаратом (для исключения повторного заражения); – препарат втирается во весь кожный покров за исключением волосистой части головы и лица, после каждого мытья рук препарат снова втирается; – одежда в период лечения не меняется, пациент не моется	
5.	Рекомендации пациенту и его родственникам по профилактике повторного заражения: – пациенту и его родственникам для исключения повторного заражения рекомендуется строго соблюдать требования к проводимому лечению;	
1	2	3
	– мягкая мебель, должна быть обработана препаратами А-ПАР, ПАРА+ или Медифоксом. После экспозиции провести обработку мебели и ковров пылесосом; – личные вещи по возможности обработать паром; – вещи, которые не подлежат обработке (игрушки, верхняя одежда), помещаются в пакет на 3-5 суток, данного времени достаточно для гибели клеща; – для предупреждения повторного заражения необходимо строго соблюдать личную гигиену	

Ситуационная задача 40

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент К., 22 года, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на тошноту, рвоту до 5 раз, жидкий стул до 9 раз.

Заболевание связывает с употреблением жареных яиц.

Заболел остро. Вечером повысилась температура до 38,6⁰ С, аппетит отсутствовал, беспокоила головная боль, сухость во рту. Через три часа появились тошнота, рвота, боли в эпигастрии, которые распространились в правую подвздошную область. Одновременно с болями появился кашицеобразный, а затем жидкий стул – обильный, зловонный, зеленоватого цвета.

Объективно: температура 38,6⁰. Сознание ясное. Кожа чистая. Губы сухие. Язык сухой, обложен светлым налётом. Тоны сердца отчётливые, ритмичные. АД 115/75 мм рт. ст. Пульс 85 уд./мин. Живот вздут, при пальпации болезненный, урчание по всему животу. Печень и селезёнка не увеличены. Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 40

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Диагноз поставлен правильно: ОКИ: гастроэнтерит, средней	

	тяжести (возможно сальмонеллёз)	
2.	Обоснование 1. При обосновании учтены данные эпидемиологического анамнеза – накануне употреблял яйца с недостаточной термической обработкой. 2. Выделены синдромы: – острой интоксикации: острое начало заболевания, фебрильная лихорадка, отсутствие аппетита, головная боль; – гастрорэнтерита: многократная рвота, урчание и болезненность при пальпации живота, многократный, водянистый, зловонный стул зеленоватого цвета («болотная тина»); – дегидратации: губы сухие, язык сухой, обложен налётом	
1	2	3
3.	Тактика по отношению к пациенту: – необходима госпитализация в инфекционное отделение по клиническим показаниям (выраженность симптомов интоксикации, фебрильная лихорадка, кратность рвоты и стула); – подача экстренного извещения (форма № 58)	
4.	Принципы лечения: – режим постельный – полупостельный; – диета 4 – соблюдение принципа механического щажения. Рекомендуют употребление продуктов, замедляющих перистальтику, (черника, черёмуха, крепкий чай); вещества вязкой консистенции (слизистые супы, протёртые каши, творог и кефир, кисели); сухари; индифферентные вещества – паровые блюда из нежирного мяса и рыбы. Исключают жареные и жирные блюда, сырые овощи и фрукты; – регидратационная терапия (для пероральной регидратации применяют «Регидрон», «Оралит»); – дезинтоксикационная терапия (витаминизированные растворы чередуют с солевыми); – энтеросорбенты («Смекта», «Полисорб», «Полифепан», активированный уголь и др.); – антибактериальная терапия (проводится только при тяжёлых формах заболевания, материал для бак. исследования берут до начала антибактериальной терапии)	
5.	Рекомендации по профилактике ОКИ в очаге заболевания: – госпитализация или изоляция на дому; – проведение в очаге текущей и заключительной дезинфекции; – наблюдение за контактными 7 дней; – лабораторное обследование контактных	

Ситуационная задача 41

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Больная С., 30 лет, обратилась к фельдшеру ФАП с жалобами на слабость, умеренную головную боль, повышение температуры до 38,7⁰ С, схваткообразные боли в низу живота. Стул за ночь около 12 раз, облегчения не приносит. Периодически испытывает позывы на акт дефекации, но каловые массы отсутствуют.

Заболела 1 день тому назад: появилось недомогание, озноб, схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. Ночью состояние ухудшилось.

При осмотре: температура тела: 38,9⁰ С. Сознание ясное. Язык суховат, обложен белым налётом. Больная вялая. Тоны сердца ритмичные. Пульс 96 уд./мин., АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Стул с малым содержанием каловых масс, много слизи, прожилки крови.

Из эпидемиологического анамнеза: работает продавцом в кулинарии. За три дня до заболевания, покупала готовый салат и беляши.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 41

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. ОКИ, средней тяжести (возможно острый шигеллез).	
2.	Обоснование При обосновании учтены: данные эпидемиологического анамнеза – употребление продуктов с неутонченными сроками хранения и правилами приготовления. Выделены синдромы: – интоксикации: фебрильная лихорадка, слабость, головная боль; – колита: схваткообразные боли внизу живота, больше слева, тенезмы, ложные позывы, спазмированная и болезненная сигмовидная кишка, многократный жидкий стул с большим количеством слизи и прожилками крови	
3.	Тактика по отношению к пациенту: – необходима госпитализация в инфекционное отделение по клиническим и эпидемиологическим показаниям (больная относится к декретированной группе); – подача экстренного извещения (форма № 58)	
4.	Принципы лечения: – режим полупостельный; – диета 4- соблюдение принципа механического щажения. Рекомендуют употребление продуктов, замедляющих перистальтику (черника, черёмуха, крепкий чай); вещества вязкой консистенции (слизистые супы, протёртые каши, творог и кефир, кисели); сухари; индифферентные вещества – паровые блюда из нежирного мяса и рыбы. Исключают жареные и жирные блюда, сырые овощи и фрукты; – регидратационная терапия (для оральной регидратации применяют «Регидрон», «Оралит»); – дезинтоксикационная терапия (витаминизированные растворы	

	чередуют с солевыми); – энтеросорбенты («Смекта», «Полисорб», «Полифепан», активированный уголь и др.); – антибактериальная терапия (материал для бак. исследования берут до начала антибактериальной терапии)	
5.	Рекомендации по профилактике ОКИ в очаге заболевания: – госпитализация или изоляция на дому; – проведение в очаге текущей и заключительной дезинфекции; – наблюдение за контактными 7 дней; – лабораторное обследование контактных	

Ситуационная задача 42

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратился больной, 37 лет, с жалобами на тошноту, двукратную рвоту, жидкий стул 1 раз, слабость, сухость во рту, головокружение, нарушение зрения.

Болен 2-ой день. Заболел остро. Накануне появились тошнота, была двукратная рвота, жидкий стул 1 раз. Сегодня состояние ухудшилось, стал видеть «как в тумане», появились неприятные ощущения в области сердца.

Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 37,1°C. Голос имеет гнусавый оттенок. Поперхивается при глотании. Выявлено нарушение зрения, диплопия, опущение век.

В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс 76 уд./мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст., живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастрии. Мочеиспускание регулярное. Стул последний раз был накануне.

Эпидемиологический анамнез: за 10 часов до заболевания ел маринованные консервированные грибы домашнего приготовления. Головокружение и сухость во рту отмечает и жена, которая тоже ела грибы.

Эталон решения ситуационной задачи 42

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предварительный диагноз. Ботулизм	
2.	Обоснование. При обосновании учтено: – данные эпидемиологического анамнеза – употребление консервированных грибов домашнего приготовления, появление симптомов у жены, употребившей эти же грибы; – данные анамнеза: короткий диспепсический синдром, быстрое появление признаков неврологического синдрома. Выделены ведущие синдромы: – синдром интоксикации выражен умеренно, субфебрильная лихорадка; – короткий диспепсический синдром: тошнота, рвота, жидкий стул; – офтальмологический синдром: нарушение зрения, диплопия, птоз век; – неврологический синдром: нарушение глотания, неприятные ощущения в области сердца	

3.	Тактика по отношению к пациенту: – промывание желудка до чистых вод, высокая очистительная клизма; – взятие проб (рвотных масс, промывных вод, испражнений, предполагаемых продуктов, которые привели к заболеванию) на бактериологическое исследование; – срочная госпитализация в инфекционный стационар; – подача экстренного извещения (форма № 58)	
4.	Принципы лечения: – режим постельный, с приподнятым головным концом; – зондовое кормление; – этиотропное специфическое лечение (введение противоботулинической сыворотки по методу Безредко, доза зависит от тяжести заболевания)	

1	2	3
5.	Рекомендации по профилактике ботулизма в очаге заболевания: – соблюдение правил приготовления и хранения продуктов; – перед употреблением консервов домашнего приготовления – кипячение 10 – 15 мин.; – при выявлении случаев заболевания проводится изъятие и лабораторный контроль подозрительных продуктов; – медицинское наблюдение 10 – 12 дней за контактными; – контактными вводится антитоксическая противоботулиническая сыворотка А, В и Е по 2 000 МЕ	

Ситуационная задача 43

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент К., 20 лет, студент колледжа, осмотрен фельдшером. Жалобы на повышение температуры до 39,1⁰ С, головную боль, особенно в лобно-височной области, головокружение, незначительную светобоязнь, грубый, болезненный кашель, саднение, «царапанье» за грудиной. Носовое дыхание затруднено. Отделяемого из носа нет.

Заболел остро. Вечером температура резко повысилась до 39,1⁰ С, появились описанные выше симптомы.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура 38,9⁰ С. Голос с носовым оттенком. Лицо одутловатое, яркий румянец, сухость губ. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы 0,5 – 0,7 см, в зеве яркая разлитая гиперемия, на мягком нёбе точечные кровоизлияния. В лёгких жёсткое дыхание. По органам без выраженных изменений. Физиологические отправления в норме.

Дополнительно из анамнеза выяснено, что два студента из группы отсутствовали в этот день на занятиях по причине высокой температуры, кашля. Студент проживает в общежитии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.

5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 43

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. ОРВИ: ринофаринготрахеит, (возможно грипп)	
2.	Обоснование. При обосновании: учтены данные эпидемиологического анамнеза – в течение последних трёх дней (инкубационный период) имел место контакт с температурящими пациентами. Выделены синдромы: – острой интоксикации: острое начало заболевания, фебрильная лихорадка, головная боль, особенно в лобно-височной области, головокружение, незначительная светобоязнь;	

1	2	3
	– катаральный: с первых дней болезни носовое дыхание затруднено за счёт отёка слизистой носа, грубый, болезненный кашель, саднение, «царапанье» за грудиной	
3.	Тактика по отношению к пациенту: – необходима госпитализация в инфекционное отделение по эпидемиологическим показаниям (проживает в общежитии). При возможности изоляции на дому, учитывая возраст пациента и степень выраженности интоксикации можно проводить лечение амбулаторно; – подача экстренного извещения (форма № 58)	
4.	Принципы лечения: – режим постельный – полупостельный; – диета молочно-растительная, обогащенная витаминами; – обильное щелочное, витаминизированное питье; – этиотропная противовирусная терапия в ранние сроки гриппозной инфекции (первые два дня болезни); – симптоматическая терапия: антипиретики, муколитики, бронхолитики	
5.	Рекомендации по профилактике гриппа и других ОРВИ в очаге заболевания: 1. специфическая профилактика гриппа – вакцинация; 2. неспецифическая профилактика: – госпитализация или изоляция больного на дому; – применение медицинской маски при уходе за больным и в местах скопления людей; – тщательно мыть руки, промывать полость носа; – ежедневная влажная уборка, проветривание помещения; – химиопрофилактика (римантадин, арбидол, ингавирон в профилактических дозах)	

Ситуационная задача 44

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент К., 18 лет обратился к фельдшеру ФАП за помощью на седьмой день болезни. Жалобы: слабость, плохой аппетит, тупые боли в правом подреберье, тёмный цвет мочи. Пациент отмечает, что в течение последних дней температура держалась на субфебрильных цифрах (37,8 – 38,1⁰ С).

Эпидемиологический анамнез: живет в хороших бытовых условиях. Три недели назад, сестра была госпитализирована с диагнозом «Вирусный гепатит»

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Температура 36,7⁰ С. Умеренно выражена желтушность склер, слизистой оболочки ротовой полости, кожи. С появлением желтухи, самочувствие улучшилось. Тоны сердца глуховатые, ритм правильный. Пульс 56 уд./мин. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Прощупывается печень на 2,0 см ниже края реберной дуги по срединно-ключичной линии, слегка болезненная, плотно-эластичной консистенции, гладкая. Селезенка не пальпируется. Моча тёмная, пенная. Стул обесцвечен.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 44

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Вирусный гепатит, вероятно А	
2.	Обоснование. При обосновании: – учтены данные эпидемиологического анамнеза – контакт с пациентом, который был госпитализирован с диагнозом «Вирусный гепатит»; – выделены особенности преджелтушного периода, характерные для гепатита А: короткий преджелтушный период (длительность в пределах 5-7 дней); – отмечены особенности желтушного периода, характерные для гепатита А: с появлением желтухи самочувствие улучшилось. Перечислены характерные синдромы этого периода: – астеновегетативный синдром (слабость, снижение аппетита); – гриппоподобный синдром (повышение температуры); – диспептический синдром (тупые боли в правом подреберье)	
3.	Тактика по отношению к пациенту: – необходима госпитализация пациента по эпидемиологическим показаниям; – подача экстренного извещения (учетная форма №58)	
4.	Принципы лечения: – режим постельный – полупостельный; – диета 5 – сбалансированная по белкам, жирам и углеводам, щадящая;	

	– обильное питьё до 2,5-3 литров в день; – энтеросорбенты (энтеродез, энтеросгель и др.); – этиотропная противовирусная терапия при гепатите А не проводится	
5.	Рекомендации по профилактике вирусного гепатита А в очаге заболевания: – госпитализация больного по эпидемиологическим показаниям; – наблюдение за контактными 35 дней; – лабораторное обследование контактных (б/х анализ крови); – текущая и заключительная дезинфекция в очаге заболевания; – гигиеническое воспитание населения; – специфическая профилактика – вакцинация	

Ситуационная задача 45

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациентка К., 21 год, находится на лечении по поводу затяжной пневмонии в отделении пульмонологии. Обратилась с жалобами на длительный, более одного месяца кашель, субфебрильную лихорадку, которая сохраняется в течение того же времени. За последний месяц похудела на пять килограммов.

Из анамнеза: за последние 6 месяцев уже второй раз лечится по поводу пневмонии. Замужем. Муж вводит наркотики внутривенно.

Объективно: Температура 37,8⁰ С. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Умеренная одышка. Увеличены периферические лимфатические узлы: шейные подчелюстные, подмышечные. Подвижные, безболезненные. Печень по краю реберной дуги. По другим органам без особенностей. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 45

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция.	
2.	Обоснование. При обосновании учтены данные эпидемиологического анамнеза – относится к группе риска по половому пути передачи (муж вводит наркотики внутривенно). При обосновании правильно выделены основные симптомы, позволяющие предположить ВИЧ-инфекцию: – субфебрилитет более месяца; – длительный, более месяца кашель; – снижение массы тела за последний месяц на пять килограммов;	

	– генерализованная лимфаденопатия (поражение лимфатических узлов расположенных выше пояса)	
3.	Определение тактики по отношению к пациенту. поступлении в стационар ВИЧ-инфицированного пациента необходимо: – сообщить в областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом о выявлении больного с подозрением на ВИЧ-инфекцию; – провести маркировку медицинской документации как хроническое носительство HBsAg; – провести медицинское освидетельствование пациента на ВИЧ-инфекцию по клиническим показаниям; – диагноз ВИЧ-инфекции сообщается пациенту врачом СПИДцентра; – пациент письменно уведомляется о выявлении у него ВИЧ-инфекции	
4.	Принципы лечения. Особенности ухода. Специализированная медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией в ЛПУ осуществляется в соответствии с нозологической формой заболевания в профильных отделениях и на общих основаниях. Таким образом, лечение пациентки. должно быть продолжено в отделении пульмонологи	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	Общая тактика лечения ВИЧ-инфекции: – этиотропное лечение – антиретровирусные препараты; – профилактика и лечение оппортунистических инфекций; – иммуномодулирующая терапия	
5.	Рекомендации по профилактике ВИЧ-инфекции: – профилактика парентерального пути передачи: все инъекции проводить одноразовыми шприцами, соблюдать противоэпидемический режим в стационаре согласно Приказу МЗ РФ №408-89 г.; - профилактика профессионального инфицирования проводить согласно СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»; – профилактика трансфузионного пути передачи: обследование доноров на гемоконтактные инфекции; – профилактика вертикального пути передачи: двукратное обследование на ВИЧ- инфекцию беременных, проведение антиретровирусной терапии беременным, новорождённым; – профилактика полового пути передачи: пропагандировать здоровый стиль жизни	

Ситуационная задача 46

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На приём к фельдшеру ФАПа обратилась пациентка 30 лет с жалобами на кашель, который сохраняется более месяца, молочницу, которую не может вылечить уже около 1,5 месяцев. Отмечает в вечернее время субфебрилитет более месяца.

Эпидемиологический анамнез: постоянного партнёра нет, случайные половые связи.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,3⁰ С. Пониженного питания. Пальпируются затылочные, шейные, подмышечные лимфатические узлы, до 1-1,5 см, подвижные безболезненные. По органам без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите основные методы лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Эталон решения ситуационной задачи 46

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. ВИЧ-инфекция. При обосновании учтены данные эпидемиологического анамнеза – относится к группе риска по половому пути передачи (беспорядочные половые связи). Правильно выделены основные симптомы, позволяющие предположить ВИЧ-инфекцию: – субфебрилитет более месяца; – длительный, более месяца кашель;	
1	2	3
	– длительное грибковое заболевание (молочница или кандидоз) устойчивое к терапии; – генерализованная лимфаденопатия (поражение лимфатических узлов расположенных выше пояса)	
2.	Методы лабораторной диагностики: – серологическое обследование, которое проводят в два этапа: 1-ый этап – ИФА (иммуноферментный анализ); 2-ой этап – ИБ (иммунноблотинг); – ПЦР – полимеразная цепная реакция (позволит определить не только наличие ВИЧ, но и «вирусную нагрузку»); – иммунологический метод	
3.	Тактика по отношению к пациенту. Условиях ФАП: – при выявлении у пациента клинических и эпидемиологических данных, позволяющих заподозрить ВИЧ-инфекцию, ставится в известность заместитель главного врача или главный врач ЦРБ; – пациент направляется на консультацию к врачу-инфекционисту в ЦРБ (в направлении не указывается предварительный диагноз); – заведующий ФАП или амбулаторией несет ответственность за явку пациента в КИЗ	
4.	Принципы лечения ВИЧ-инфицированных пациентов. Общими принципами терапии ВИЧ-инфекции являются: – предупреждение прогрессирования болезни; – диагностика и лечение оппортунистических вторичных	

	болезней; – в комплексную терапию включается полноценная диета, витамины, психоэмоциональная поддержка. Основные направления терапии: – антиретровирусная терапию; – лечение оппортунистических инфекций; – иммуномодулирующая терапия	
5.	Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными пациентами: – диспансерное наблюдение во II стадии проводится 1 раз в 6 месяцев; – в III стадии – 1 раз в 3 месяца. Принципы диспансеризации: – добровольность – диспансерное наблюдение осуществляется на добровольных основах; – конфиденциальность – право пациента сохранить тайну диагноза; – доступность – максимальное приближение всех видов медпомощи к человеку; – многопрофильность – широкий диапазон медпомощи, которая предоставляется в амбулаторных условиях; – предоставление психологической помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом	

Ситуационная задача 47

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП обратился пациент 23 лет с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита. Периодически беспокоит тошнота, тяжесть в правом подреберье, боли в крупных суставах, преимущественно по ночам и в утренние часы.

Из анамнеза: считает себя больным 2-3 недели. В течение последних четырёх дней самочувствие пациента ухудшилось, усилилась слабость, почти полностью исчез аппетит. Окружающие заметили желтушность склер.

Эпидемиологический анамнез: в области локтевых сгибов следы от многочисленных инъекций.

При осмотре умеренно выраженная желтушность кожных покровов. Склеры иктеричные. Суставы визуально не изменены, движения в полном объёме. Тоны сердца приглушены. ЧСС 52 уд./мин. Печень выступает из под края рёберной дуги на три сантиметра. Моча тёмная, пенная. Стул со слов пациента обесцвечен.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите основные методы лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 47

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Вирусный гепатит, вероятно В. При обосновании учтены данные эпидемиологического анамнеза – следы от многочисленных инъекций в локтевых сгибах. Выделены: – особенности преджелтушного периода: длительность в пределах от двух до пяти недель; – особенности желтушного периода: появление желтушного окрашивания кожи и склер на фоне ухудшения состояния; – отмечены ведущие синдромы этого периода: астеновегетативный (нарастающая слабость, снижение аппетита), артралгический (летучие боли в крупных суставах преимущественно в ночные и утренние часы), диспептический (тошнота, тяжесть в правом подреберье); – объективные данные: иктеричность кожи и склер, гепатомегалия, холурия, ахолия	
2.	Методы лабораторной диагностики данного заболевания: Неспецифическая диагностика: – ОАК (лейкопения, снижение СОЭ); – ОАМ определение билирубина; – биохимический анализ крови – определение уровня билирубина, АлАТ, АсАТ. Специфическая диагностика: – серологическое исследование – кровь на маркеры гепатитов; – ПЦР	
1	2	3
3.	Определение тактики по отношению к пациенту: – необходима госпитализация в инфекционный стационар по эпидемиологическим и клиническим показаниям; – подача экстренного извещения (форма № 58)	
4.	Принципы лечения. Особенности ухода. – режим – постельный – полупостельный; – диета 5 – сбалансированная по белкам, жирам и углеводам, щадящая; – обильное питьё до 2,5-3 литров в день; – энтеросорбенты (энтеродез, энтеросгель и др.); – этиотропная противовирусная терапия при остром гепатите В проводится при тяжёлом, затяжном течении	
5.	Рекомендации по профилактике вирусного гепатита В: Специфическая профилактика: – плановая вакцинопрофилактика гепатита В; – новорожденным от HBsAg- положительных матерей одновременно с вакциной вводиться специфический иммуноглобулин, в первые часы после рождения; – экстренная профилактика специфическим иммуноглобулином для лиц, подвергшихся риску заражения гепатитом В. Неспецифическая профилактика: – профилактика парентерального пути передачи: все инъекции проводить одноразовыми шприцами, соблюдать противоэпидемический режим в стационаре согласно Приказу МЗ РФ №408-89 г.;	

	– профилактика гемотрансфузионного пути передачи: обследование доноров на гемоконтактные гепатиты; – соблюдение медицинскими работниками мероприятий по предупреждению профессионального заражения медицинских работников; – профилактика полового пути передачи: защищённый секс при наличии у одного из партнеров хронического гепатита В или С; – профилактика контактно-бытового пути передачи: индивидуальные колюще-режущие средства личной гигиены	
--	--	--

Ситуационная задача 48

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На прием к фельдшеру ФАП обратился пациент К., 38 лет с жалобами на боли в суставах, пояснице, повышенную потливость.

Из анамнеза: считает себя больным 6 месяцев, когда появились боли в голеностопных, коленных и других суставах, потливость и периодически лихорадило. Заболеванию связывал с переохлаждением. На приём не обращался и не лечился. Самостоятельно принимал «нурофен» – эффект был кратковременный. В последние 2 месяца боли усилились, ухудшился сон, появилась раздражительность, выросла слабость. Пациент вынужден обратиться на прием.

Живет в частном доме. Зоотехник. Жена доярка.

Объективно: Пациент в сознании. Температура 37,0° С. Кожа чистая, гипергидроз ладоней. Пальпируются множественные увеличенные до 1,0 см в диаметре шейные, подмышечные лимфатические узлы, безболезненные. Движения в крупных суставах болезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 72 уд./мин., удовлетворительных качеств. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул обычной окраски, оформленный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,0 см. Пальпируется край селезёнки. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 48

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Хронический бруцеллёз	
2.	Обоснование: При обосновании учтены данные: – эпидемиологического анамнеза: работает зоотехником, заболевание носит профессиональный характер; – анамнеза: длительность симптомов свидетельствует о хроническом течении болезни. При обосновании правильно выделены ведущие синдромы:	

	– лихорадочный синдром (периодические приступы лихорадки); – синдром полиаденопатии (множественное увеличение лимфатических узлов до 1 см, б/болезненных при пальпации); – артралгический синдром (боли и ограничение движения в крупных суставах); – гепатолиенальный синдром (увеличение печени и селезёнки) При обосновании правильно выделены объективные данные: субфебрильная лихорадка, полиаденопатия, гипергидроз ладоней, гепатоспленомегалия, боли и ограничение движения в крупных суставах	
3.	Тактика по отношению к пациенту: – необходима госпитализация в инфекционный стационар; – подача экстренного извещения (ф. № 58)	
4.	Принципы лечения: – режим постельный – полупостельный; – диета 15 – сбалансированная по белкам, жирам и углеводам. Содержит витамины в повышенном количестве. Исключают жирные, жареные, копчёные и острые продукты; – антибактериальную терапию обязательно проводят при остром и подостром бруцеллёзе. При хроническом бруцеллёзе – только в период рецидивов; – нестероидные противовоспалительные препараты	
5.	Рекомендации по профилактике бруцеллёза. 1. Специфическая профилактика: вакцинация по эпидемиологическим показаниям лиц, осуществляющих уход за животными и обрабатывающими продукты животноводства	
1	2	3
	2. Неспецифическая: – профилактика пищевых заражений (термическая обработка пищевых продуктов); – диспансеризация беременных женщин, больных бруцеллезом (в дальнейшем – отказ от грудного вскармливания детей); – соблюдение санитарно-ветеринарного режима при уходе за больными животными в промышленных и частных хозяйствах	

Ситуационная задача 49

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К пациенту К., 35 лет был вызван фельдшер скорой помощи. Жалобы на слабость, головную боль, повторную рвоту, повышение температуры до 39,0° С. Болен третий день. Первые два дня отмечалась вялость, сильная головная боль, На третий день состояние ухудшилось, усилилась головная боль, была повторная рвота и судороги.

Эпидемиологический анамнез: десять дней назад вернулся из командировки. Работал на лесозаготовке. Несколько раз снимал присосавшихся клещей.

При осмотре состояние тяжёлое: пациент вялый, адинамичный. На вопросы отвечает неохотно. Речь неясная, глотание затруднено. Отмечается сглаженность носогубной складки справа. Кожа бледная. Тоны сердца глухие. ЧСС 100 уд./мин. Менингеальные симптомы резко положительные. По другим органам без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.

2. Назовите основные методы лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Определите тактику по отношению к пациенту.
4. Определите принципы лечения.
5. Составьте план диспансеризации.

Эталон решения ситуационной задачи 49

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма. При обосновании учтены данные эпидемиологического анамнеза – десять дней назад вернулся из командировки, работал на лесозаготовке, несколько раз снимал присосавшихся клещей. При обосновании выделены синдромы: – острой интоксикации: острое начало заболевания, состояние тяжёлое, нарастающая вялость, температура 39,0⁰ С; – общемозговой синдром: усиливающаяся головная боль, мозговая рвота, нарушение сознания на третий день болезни (ступор); – менингеальный: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, (дана характеристика симптомов); – энцефалитический: нарушение сознания, судороги, очаговая симптоматика (сглаженность носогубной складки справа); – бульбарный: речь неясная, глотание затруднено	
1	2	3
2.	Методы лабораторной диагностики: – общий анализ крови: лимфоцитарный лейкоцитоз, повышение СОЭ; – серологический метод – диагностическим является нарастание титра антител не менее, чем в четыре раза; – молекулярно-генетический (ПЦР) – выявление вируса в сыворотке крови и СМЖ пациента	
3.	Тактика по отношению к пациенту: экстренная госпитализация в инфекционное или неврологическое отделение	
4.	Принципы лечения: – режим постельный не менее 10-14 дней, далее полупостельный; – диета, обогащённая белком, витаминизированная; – специфическая терапия – человеческий противоклещевой иммуноглобулин или гамма-глобулин (эффективны при назначении в первые три дня заболевания)	
5.	Рекомендации по профилактике: – диспансерное наблюдение в течение одного года после лихорадочной формы заболевания. После менингеальной и очаговых форм не менее трёх лет; – осматриваются инфекционистом, неврологом ежемесячно первые три месяца, затем один раз в три месяца	

Ситуационная задача 50

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На приём к фельдшеру ФАП обратилась женщина 36 лет, которая обнаружила присосавшегося клеща.

При осмотре: температура 36,5° С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые без изменений. На коже внутренней поверхности плеча, ближе к подмышечной впадине слева виден присосавшийся клещ размером до 7 мм, тело сглажено, головка не различима. По органам без особенностей. Пульс 78 уд./мин. АД – 110/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Перечислите мероприятия, которые необходимо провести при укусе клеща.
4. Определите тактику по отношению к пациенту.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 50

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Укус клеща.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия присосавшегося клеща; – отсутствия клинических симптомов, удовлетворительного состояния пациентки	
1	2	3
3.	Мероприятия, проводимые при укусе клеща: 1. Клеща необходимо удалить: – для удаления клеща есть специальные приспособления – крючок для удаления клещей Tick Twister; – также клеща удобно удалять изогнутым пинцетом – при этом клеща нужно захватить как можно ближе к хоботку, затем его аккуратно подтягивают, при этом вращая вокруг своей оси в удобную сторону; – клеща можно удалить при помощи нитки – для этого прочную нить завязывают в узел как можно ближе к хоботку клеща, затем скручивают её в одном направлении, при этом немного подтягивая вверх; – удаление клеща необходимо производить с осторожностью, не сдавливая его тело, поскольку при этом возможно выдавливание содержимого клеща вместе с возбудителем болезни в ранку; – если при извлечении клеща оторвалась его головка, её удаляют как обычную занозу; – клеща не нужно мазать маслом или еще чем-либо, так как это не ускорит процесс и такого клеща могут не принять на анализ. 2. После удаления клеща кожу в месте его присасывания обрабатывают настойкой йода или спиртом	

4.	Тактика по отношению к пациенту: – после удаления клеща пациентку необходимо направить в ЦРБ района к инфекционисту или в травматологический пункт (жителей города в травматологический пункт по месту жительства), где ей проведут экстренную профилактику противоклещевым иммуноглобулином или йодантипирином; – диспансерное наблюдение 21 день с ежедневной термометрией на ФАП (по месту жительства); – по желанию пациентки за счёт собственных средств снятого клеща можно сдать на исследование в вирусологическую лабораторию или отправить пациентку на исследование сыворотки методом ПЦР; – при появлении симптомов заболевания (повышение температуры, недомогание) экстренная госпитализация в инфекционное или неврологическое отделение	
5.	Рекомендации по медикаментозной профилактике. 1. Неспецифическая медикаментозная профилактика: – за 2-3 дня перед посещением мест связанных с возможным присасыванием клещей принять йодантипирин по 200 мг три р. в д. в течение двух дней (создание противовирусной защиты); – при постоянном нахождении в местах с возможным обитанием клещей принимать йодантипирин по 200 мг один р. в д. весь период пребывания (поддержание противовирусной защиты);	
1	2	3
	2. Специфическая профилактика: – активная – вакцинация населения, полный курс должен быть закончен не позднее, чем за 14 дней до выезда в эндемический очаг; – пассивная – введение противоклещевого иммуноглобулина после укуса клеща не позднее четвёртого дня с момента укуса	

Раздел 2 ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ

Ситуационная задача 51

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Повар заводской столовой поскользнулся, опрокинул кастрюлю с кипятком на ноги. Тут же вызвали фельдшера здравпункта. Больной жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Пострадавший был без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху.

Объективно: общее состояние пострадавшего удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд. в 1 мин. При осмотре выявлены обширные пузыри с прозрачным содержимым в области передних поверхностей обеих голени, тыльной стороне стоп, между пузырями имеются небольшие участки гиперемизированной кожи.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациента.

4. Составьте программу лечения пациента при данном повреждении.
5. Назовите критерии эффективности проводимого лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 51

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Термический ожог 2-ой степени передних поверхностей обеих голеней и тыльных поверхностей обеих стоп	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза: пациент опрокинул кастрюлю с кипятком на ноги, при этом был в шортах, без носков; – жалоб на жгучие боли в области обеих голеней и стоп; – данных осмотра – в области передних поверхностей обеих голеней и на тыльной поверхности обеих стоп обширные пузыри с прозрачным содержимым, между пузырями небольшие участки гиперемированной кожи	
1	2	3
3.	Тактика ведения пациента. Пострадавший должен быть доставлен в приемное отделение ожогового центра: – площадь поражения составляет 9% (пострадавшие с площадью поражения до 5% могут лечиться амбулаторно); – не исключается риск развития более глубокой степени поражения, что будет ясно через несколько дней; – ожоговый шок при термических поражениях развивается медленно, поэтому состояние пациента необходимо оценивать в динамике и проводить профилактику развития шока	
4.	Программа лечения пациента при данном повреждении. – При отсутствии признаков ожогового шока, будет проведен первичный туалет ожоговой поверхности, который заключается в обработке кожи вокруг ожога спиртовым раствором антисептика, удалении отслоившегося эпидермиса и инородных тел. Сильно загрязнённые участки очищают 3% раствором перекиси водорода. Крупные пузыри подрезают у основания и опорожняют. При этом отслоившийся эпидермис не иссекают – он прилипает к раневой поверхности, способствует уменьшению болей и становится своеобразной биологической повязкой, обеспечивающей благоприятные условия для эпителизации. – Дальнейшее лечение проводят закрытым способом (под повязкой), используя мази на основе высокомолекулярных гидрофильных гомополимеров (ПЭО)., обладающие бактерицидным действием (например, левосин, левомиколь и др.). – перевязки проводят один раз в 1 – 2 дня. – При развитии гнойного воспаления, выполняют	

	дополнительный туалет раны – удаляют пузыри и накладывают мазь Стрептонитол (со стрептоцидом и нитазолом) и 0,1% гентамициновая мазь (один-два раза в течение суток), влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков (например, водным раствором 0,5% хлоргексидина биглюконата). – Для улучшения трофики тканей и стимулирования восстановления кожи, возглавляет мазь Пантенол при ожогах 2 степени – на основе провитамина В5 декспантенола. Данное средство также выпускается в форме противоожогового аэрозоля Пантенол. Общее лечение: – противошоковая терапия по показаниям: кристаллоидные и коллоидные кровезаменители; – антибактериальная терапия с целью профилактики инфекционных осложнений; – симптоматическая терапия – обезболивающие, антигистаминные препараты	
5.	Критерии эффективности проводимого лечения: – отсутствие развития шока и инфекционных осложнений; – показатели гемодинамики и температура тела в норме; – эпителизация ожоговых поверхностей произойдет к концу второй недели	

Ситуационная задача 52

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера вызвали к пациентке 25 лет, которая неделю назад выписалась из родильного отделения. Предъявляет жалобы на боли и нагрубание в правой молочной железе, появившиеся еще в родильном доме. Дома состояние ухудшилось, особенно после того, когда из-за болей перестала прикладывать к этой грудной железе ребенка и сцеживать молоко. Температура тела 38,2⁰ С.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение. Подмышечные лимфатические узлы увеличены, плотные, подвижные, болезненные при пальпации.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациентки.
4. Составьте программу лечения пациента при данной патологии.
5. Назовите критерии эффективности проводимого лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 52

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Острый лактогенный мастит правой молочной железы в стадии абсцедирования, осложненный катаральным подмышечным лимфаденитом	

2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. данных анамнеза: – пациентка – кормящая мать; – боли в области правой железы и ее уплотнение появились еще в родительном доме, что свидетельствует о запущенности процесса; – после выписки из стационара перестала кормить ребенка правой грудью и сцеживать из нее молоко; 2. жалоб на боли и нагрубание в правой молочной железе; 3. данных объективного обследования: – правая грудная железа увеличена в размерах, кожа в верхнем наружном квадрате гиперемирована; – при пальпации определяется болезненный инфильтрат, в центре которого отмечается размягчение, что свидетельствует о скоплении гноя в тканях (сформировался абсцесс); – увеличение регионарных лимфатических узлов; – температура тела 38,2⁰ С	
3.	Тактика ведения пациентки. Пациентка должен быть госпитализирована в гнойное хирургическое отделение для проведения хирургического лечения	
1	2	3
4.	Программа лечения. – Больной показана экстренная операция – вскрытие, ревизия и дренирование абсцесса. – После вскрытия в фазу воспаления (гидратации) проводят ежедневные перевязки с промыванием раны водными растворами антисептиков, применением протеолитических ферментов, повязок с гипертоническим раствором, обеспечением адекватного дренирования, использованием ультразвука, лазера. Со 2-ого – 3-его дня возможно применение антибактериальных мазей, препараты, стимулирующие клеточную регенерацию. – В фазе регенерации начинается процесс образования грануляционной ткани. Наиболее эффективны мази, содержащие стимулирующие вещества (5% и 10% метилурациловая мазь, мази с антибиотиками – тетрациклиновая, гентамициновая и др.). Для ускорения заживления раны накладывают вторичные швы (ранние и поздние), а также стягивание краев раны лейкопластырем. – Общее лечение: антибактериальные, дезинтоксикационные, иммуностимулирующие средства, симптоматическое лечение	
5.	Критерии эффективности проводимого лечения: – при своевременном вскрытии абсцесса и назначении соответствующего лечения фаза воспаления должна завершиться к 4-ому – 5-ому дню – нормализуется температура тела, улучшается общее состояние, стихают местные признаки воспаления; – фаза регенерации должна начаться со 2-ого – 3-его дня начала лечения – в ране появляется сочная ярко-красная	

	грануляционная ткань	
--	----------------------	--

Ситуационная задача 53

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пациент страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту, рвоту темного цвета. Был черный, дегтеобразный стул (такого состояния раньше никогда не было). При этом боли, мучившие пациента, перестали беспокоить.

Объективно: общее состояние средней тяжести, отмечается бледность кожных покровов, пульс 96 уд. в мин., наполнение снижено, АД 100/60 мм рт. ст., учащение дыхания, живот незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 53

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Язвенная болезнь желудка, обострение. Желудочное кровотечение, геморрагический шок I степени	
2.	Обоснование диагноза. 1. Состояние развилось на фоне обострения язвенной болезни желудка. 2. Наличие симптомов желудочного кровотечения: – жалобы на чувство слабости, головокружение, шум в ушах; – рвота темного цвета; – исчезновение болей в эпигастральной области, несмотря на обострение заболевания (кровь нейтрализует кислоту желудочного сока, что уменьшает воздействие кислого содержимого на язву); – у пациента был стул черного цвета – мелена; – объективно – бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония. 3. При обосновании выделены симптомы геморрагического шока I степени: – бледность кожных покровов; – тахикардия до 96 уд./мин., наполнение пульса снижено; – гипотония до 100/60 мм рт. ст. – учащение дыхания; индекс Альговера равен 0,96, что соответствует I степени шока	

3.	Тактика ведения пациента: – оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе; – транспортировка пациента в хирургическое отделение	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – обеспечить покой в положение на спине с полусогнутыми в коленных суставах нижними конечностями и повернутой на бок головой, по возможности положить холод на живот; – начать противошоковые мероприятия: вливание струйно кристаллоидных базисных кровезаменителей (раствор Рингера, Рингер-лактат, лактасоль, стерофундин, глюкостерил), затем противошоковых кровезаменителей из группы гидроксиэтилкрахмалов (рефортан, стерил, плазмостерил, темохес, стабизол, волекам, оксиамал); – ввести гемостатические средства – 5% р-ор аминокaproновой кислоты 100 мл в/в, 12,5% р-ор дицинона 2- 4 мл в/в, – срочно транспортировать пациента в отделение неотложной хирургии	
1	2	3
5.	Методы профилактики язвенной болезни. Первичная профилактика язвенной болезни заключается в устранении возможных факторов риска, нормализации алиментарного режима (режима и рациона питания) и поддержании на должном уровне здоровья организма в целом. Методы первичной профилактики язвенной болезни 1. Соблюдение гигиены ротовой полости, своевременное лечение зубов и десен. Больные зубы – это входные ворота для инфекции, невозможность должным образом пережевывать пищу, что приводит к повышенной нагрузке на желудок. 2. Организация правильного режима и рациона питания. Следует выработать привычку принимать пищу ежедневно в одно и то же время. Рекомендуются исключить из рациона или же ограничить употребление копченостей, чрезмерно острой, пряной и соленой пищи. Кулинарная обработка блюд должна быть щадящей. Газированные напитки, очень горячую или, наоборот, очень холодную пищу следует исключить. 3. Профилактика авитаминоза. 4. Отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя). 5. Профилактика и лечение гормональных нарушений. 6. Дозированные физические нагрузки, рациональная организация распорядка дня. 7. Отказ от частого приема лекарственных препаратов (по возможности), особенно бессистемного приема и самолечения. 8. Профилактика заражения <i>Helicobacter pylori</i> – использование индивидуальной посуды, полотенец, ограничение поцелуев. Вторичная профилактика язвенной болезни направлена на снижение риска осложнений и обострений при уже имеющейся язвенной болезни 1. Санаторно-курортное лечение.	

	2. Регулярные курсы противорецидивной терапии. 3. Строгое соблюдение противоязвенной диеты. 4. Санация заболеваний и хронических очагов инфекции, которые могут спровоцировать рецидив. 5. Регулярный мониторинг состояния язвы в медицинском учреждении. При вторичной профилактике язвенной болезни будут актуальными все меры первичной профилактики	
--	---	--

Ситуационная задача 54

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к пациентке, которая жалуется на боли в правой подвздошной области, беспокоит чувство тошноты, рвоты не было. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5⁰ С. Пациентка считает себя больной в течение несколько часов.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, язык слегка обложен белым налетом, суховат, при пальпации живота в правой подвздошной области определяется болезненность, брюшная стенка напряжена, выявлены положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского и Образцова.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Составьте программу лечения пациента при данной патологии.
5. Назовите критерии контроля состояния пациента при неосложнённом течении послеоперационного периода.

Эталон решения ситуационной задачи 54

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Острый аппендицит	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. острого начала заболевания; 2. жалоб на боли в правой подвздошной области постоянного характера без иррадиации, чувство тошноты; 3. лихорадки (температура тела 37,5 ⁰ С); 4. данных объективного обследования: – живот при пальпации в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, – определяются положительные симптомы раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга (является положительным, если при надавливании на живот возникает боль, которая резко усиливается при отнятии пальцев руки пальпирующего), Ситковского (при повороте больного на левый бок возникает болезненность в правой подвздошной области) и Образцова (боль в правой подвздошной области при поднимании больным	

	выпрямленной правой ноги)	
3.	Определите тактику ведения пациента. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение для подтверждения диагноза и проведения экстренного хирургического вмешательства	
4.	Программа лечения пациента. 1. Проводится экстренная операция – аппендэктомия. 2. Принципы общего лечения: – антибактериальное – симптоматическое – общеукрепляющее	
5.	Критерии контроля состояния пациента при неосложнённом течении послеоперационного периода: – реактивные изменения, возникающие в организме, обычно выражены умеренно и длятся 2-3 дня: повышение температуры до 37,0 ⁰ С – 37,5 ⁰ С; изменение состава периферической крови: умеренные лейкоцитоз, повышение СОЭ; – боли в области операционной раны купируются введением обезболивающих в течение трех дней, – повязка умеренно пропитывается серозно-кровянистым отделяемым первые 2-3 дня, – швы с раны снимают на 6-7 день при отсутствии осложнений	

Ситуационная задача 55

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер заводского медицинского пункта осматривает больного. При разрушении металлического диска пилы при резке металлических изделий рабочий получил осколочное ранение грудной клетки.

Объективно: состояние тяжелое. Жалуется на чувство нехватки воздуха, удушье нарастает с каждым вдохом. Лицо синюшного цвета. На грудной стенке справа между срединно-ключичной и передне-подмышечной линией в проекции пятого ребра имеется рана 3 x 4 см, наблюдается пенящееся кровотечение, раздаются «фыркающие» звуки на вдохе и выдохе, «рана дышит». При пальпации грудной клетки вблизи раны определяется крепитация (напоминает «хруст снега»).

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Составьте диагностическую программу пациента при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 55

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Проникающее ранение груди справа. Открытый пневмоторакс. ОДН II степени. Подкожная эмфизема	

2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании симптомов: – наличие раны на грудной стенке справа между средней ключичной и передней подмышечной линиями в проекции пятого ребра 3 x 4 см; – пенящееся кровотечение; – на вдохе и выдохе из раны раздаются «фыркающие» звуки на вдохе и выдохе, «рана дышит», что свидетельствует о циркуляции воздуха через рану во время дыхания (на вдохе воздух засасывается в грудную полость, а на выдохе выходит наружу). При обосновании выделен анамнез – пострадавший получил осколочное ранение грудной клетки при разрушении металлического диска пилы при резке металлических изделий. В пользу ОДН II степени свидетельствует: – жалобы на чувство нехватки воздуха, нарастающее удушье на каждом вдохе, – наличие цианоза (лицо синюшного цвета). В пользу подкожной эмфиземы свидетельствует определение крепитации, напоминающее «хруст снега» при пальпации вблизи раны	
3.	Определите тактику ведения пациента. – оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе; – наложение окклюзионной повязки; – транспортировка пациента в хирургическое отделение	
1	2	3
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – через посредника вызвать скорую помощь для транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение; – наложить герметизирующую окклюзионную повязку для прекращения циркуляции через рану воздуха; – ввести ненаркотические обезболивающие средства (2 мл 50% раствора метамизола натрия в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м); – придать пострадавшему полусидячее положение и начать оксигенотерапию, при необходимости ИВЛ с целью повышения оксигенации крови – по показаниям гемодинамики противошоковые мероприятия: 1. декстраны: низкомолекулярные (реополиглюкин, реомакродекс) и среднемолекулярные (полиглюкнн); 2. производные желатина (желатиноль, гелофузин); 3. производные гидроксиэтилкрахмала: среднемолекулярные (волекам, рефортан) и высокомолекулярные (стабизол); 4. производные полиэтилгликоля (полиоксидин). – транспортировать пострадавшего в хирургический стационар, контролируя гемодинамику	
5.	Диагностическая программа пациента при данной травме: – ОАК, ОАМ; – рентгенограмма органов грудной клетки в двух проекциях; – ЭКГ;	

	– при необходимости – диагностическая плевральная пункция	
--	---	--

Ситуационная задача 56

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Во время спортивной борьбы, после проведения приема, один из борцов почувствовал острую боль в области левого плечевого сустава и надплечья, невозможность движений в верхней конечности.

Объективно: состояние удовлетворительное, пораженную конечность пострадавший придерживает здоровой рукой, голова наклонена в сторону больного надплечья

При осмотре выявлено: левый плечевой сустав деформирован, целостность кожи не нарушена. При пальпации головка левой плечевой кости определяется в подмышечной впадине. Спортсмен стонет от боли. Вы обслуживаете соревнования.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз, выделив абсолютные признаки данного повреждения.
3. Назовите дополнительные объективные симптомы для подтверждения диагноза.
4. Определите тактику ведения пациента.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Эталон решения ситуационной задачи 56

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предварительный диагноз. Закрытый травматический вывих левого плеча	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. Анамнеза – пострадавший получил травму во время выполнения приема при спортивной борьбе. 2. Клинических симптомов: – острая боль в области левого плечевого сустава и надплечья (спортсмен стонет от боли), – невозможность движений верхней конечностью, – визуально выраженная деформация левого плечевого сустава, – головка левой плечевой кости при пальпации находится в подмышечной впадине – объективно вынужденное положение верхней левой конечности, сохранение целостности кожи	
3.	Дополнительные объективные симптомы для подтверждения диагноза: – симптом «пустого сустава» – западение при пальпации в области сустава; – изменение длины конечности (чаще укорочение, реже удлинение); – симптом «пружинающей фиксации»: попытка пассивного	

	выведения конечности из вынужденного положения сопровождается эластическим пружинящим сопротивлением	
4.	Тактика ведения пациента. – оказание неотложной помощи; – транспортная иммобилизация; – транспортировка пациента в отделение травматологии	
5.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – ввести обезболивающий препарат – кеторолак 30 мг – 1 мл для уменьшения болевого синдрома; – провести транспортную иммобилизацию стандартной шиной Крамера от кончиков пальцев до внутреннего края противоположной лопатки или наложить повязку Дезо с целью профилактики развития осложнений и травматического шока; – провести контроль гемодинамики с целью профилактики травматического шока; – приложить холод к месту травмы; – транспортировать пострадавшего в отделение неотложной травматологии в положении сидя при отсутствии симптомов травматического шока	

Ситуационная задача 57

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мужчина получил удар в средний отдел живота тупым предметом – во время работы за станком не смог удержать обрабатываемую деталь. Коллеги уложили пострадавшего на составленные один к другому стулья и тут же вызвали по селекторной связи фельдшера. Мужчина жалуется на сильнейшие боли в животе, рвоты нет, но немного тошнит, слегка знобит.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, дыхание учащено, пульс 96 уд./мин., ритмичный, наполнение снижено, АД 100/60 мм рт. ст. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при пальпации во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга резко положителен.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Составьте диагностическую программу при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 57

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предварительный диагноз. Закрытая травма живота с	

	повреждением (полого органа). Внутрибрюшное кровотечение. Травматический шок I степени	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. Анамнеза – пострадавший получил удар в средний отдел живота тупым предметом. 2. Клинических симптомов: – сильнейшие боли по всему животу; – при пальпации резкое напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность во всех отделах; – резко положительный симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга – вынужденное положение пострадавшего. При обосновании выделены симптомы травматического шока I степени: – тахикардия 96 уд./мин., наполнение пульса снижено, – артериальная гипотония до 100/60 мм рт. ст. – индекс Альговера равен 0,96, что соответствует I степени шока, – одышка, – бледность кожных покровов	
3.	Тактика ведения пациента: – оказание неотложной помощи; – транспортировка пациента в хирургическое отделение	
1	2	3
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – через посредника обеспечить вызов машины скорой медицинской помощи; – обеспечить покой в положение на спине с полусогнутыми в коленных суставах нижними конечностями и повернутой на бок головой, по возможности положить холод на живот; – начать противошоковые мероприятия: 1. декстраны: низкомолекулярные (реополиглюкин, реомакродекс) и средномолекулярные (полиглюкнн); 2. производные желатина (желатиноль, гелофузин); 3. производные гидроксиптилкрахмала: средномолекулярные (волекам, рефортан) и высокомолекулярные (стабизол); 4. производные полиэтиленгликоля (полиоксидин); – начать оксигенотерапию; – транспортировать пострадавшего в хирургический стационар, проводя противошоковые мероприятия и контролируя гемодинамику	
5.	Диагностическая программа при данной травме: – ОАК, ОАМ; – рентгенограмма брюшной полости в прямой проекции; – УЗИ органов брюшной полости; – при необходимости лапароскопия	

Ситуационная задача 58

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера вызвали к пациенту М., 45 лет. Пациент предъявляет жалобы на боли в области шеи распирающего характера, головную боль, тошноту. Болен в течение 5 дней.

Объективно. Общее состояние средней тяжести, температура тела – 39, 2⁰ С, язык сухой, обложен, пульс 96 уд./мин., ритмичный. На задней поверхности шеи, на границе роста волос имеется плотный болезненный инфильтрат размером 8 x 6 см. Кожа над ним гиперемирована, сине-багрового цвета в центре, здесь же имеется четыре точечных отверстия, из которых выделяется гной.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Составьте программу лечения пациента при данной патологии.
5. Назовите критерии контроля состояния пациента и эффективности проводимого лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 58

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предварительный диагноз. Карбункул задней поверхности шеи	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. анамнеза – болен в течение 5 дней; 2. жалоб (боли в области шеи распирающего характера); 3. объективных данных (наличие плотного болезненного инфильтрата на границе роста волос на задней поверхности шеи) 4. наличия симптомов интоксикации (состояние средней тяжести, температура тела – 39, 2 ⁰ С, язык сухой, тахикардия, головная боль, тошнота)	
3.	Тактика ведения пациента. Пациент должен быть госпитализирован в гнойное хирургическое отделение для проведения хирургического лечения из-за риска развития системной воспалительной реакции (сепсиса)	
4.	Программа лечения пациента. Больному показана экстренная операция – вскрытие карбункула. Оперативное вмешательство направлено на полное удаление некротизированных тканей Проводят крестообразный или Н-образный разрез. Кожные лоскуты отсепааровывают, иссекают всю некротизированную клетчатку в пределах здоровых тканей, вскрывают гнойные затёки, промывают рану 3% раствором перекиси водорода и вводят тампоны с антисептиками. В последующем проводят перевязки и лечение по принципам лечения гнойной раны В фазу воспаления (гидратации) – проводят ежедневные перевязки с промыванием раны жидкими антисептиками, применением протеолитических ферментов, повязок с гипертоническим раствором хлорида натрия, обеспечением адекватного дренирования, использованием ультразвука, лазера.	

	Со 2-ого – 3-его дня возможно применение водорастворимых мазей, содержащих антимикробные, обезболивающие препараты, препараты, стимулирующие клеточную регенерацию В фазе регенерации начинается процесс образования грануляционной ткани. Грануляции нежные и ранимые, поэтому становится необходимым применение препаратов на мазевой основе, препятствующих механической травматизации. Наиболее эффективны мази, содержащие стимулирующие вещества (метиурациловая мазь, мази с антибиотиками – тетрациклиновая, гентамициновая и др.). Общее лечение: – в фазу гидратации: антибактериальное, дезинтоксикационное, – иммуностимулирующее (УФО или лазерное облучение крови, антистафилококковый гамма-глобулин и др.), симптоматическое, общеукрепляющее; – в фазу дегидратации: антибактериальное, общеукрепляющее	
1	2	3
5.	Критерии контроля состояния пациента и эффективности проводимого лечения: – при своевременном рассечении и иссечении карбункула и назначении соответствующего лечения фаза воспаления должна завершиться к 4-ому – 5-ому дню: нормализуется температура тела, стихают местные признаки воспаления; – фаза регенерации должна начаться со 2-ого – 3-его дня начала лечения – появление в ране грануляционной ткани	

Ситуационная задача 59

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер прибыл на место автодорожной аварии. Женщина 50 лет стонет от боли, сознание сохранено. Жалуется на боли в области живота и тазовых костей.

Объективно: состояние тяжелое. При обследовании: пострадавшая занимает вынужденное положение. – ноги разведены в тазобедренных суставах и согнуты в коленных суставах, пятки ротированы наружу. Артериальное давление 80/50 мм рт. ст., пульс 100 уд./мин., слабого наполнения и напряжения. Язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен, болезнен во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, выражен больше в паховых областях и над лоном.

При осмотре промежности из ануса поступает кровь в небольшом количестве.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назовите дополнительные объективные симптомы для подтверждения диагноза.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
6. Составьте диагностическую программу пациента при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 59

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза.	

	Предположительный диагноз. Закрытый перелом костей таза, осложненный внутрибрюшинным разрывом прямой кишки. Разлитой каловый перитонит. Травматический шок II степени	
2.	Обоснование диагноза: Диагноз поставлен на основании: 3. анамнеза – пострадавшая получила травму в результате автодорожной аварии (механизм травмы); 4. клинических симптомов: – сильные боли в области живота и тазовых костей (пострадавшая стонет от боли); – при осмотре – типичное для перелома костей таза положение «лягушки» (симптом Волковича); – поступление крови из прямой кишки можно расценивать как травму именно прямой кишки;	
1	2	3
	– клиника синдрома острого живота – живот не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен, болезнен во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положителен свидетельствует о внутрибрюшинном разрыве прямой кишки. 5. При обосновании выделены симптомы травматического шока II степени: – тахикардия до 110 уд./мин., пульс слабого наполнения и напряжения; – артериальная гипотония до 80/50 мм рт. ст.; – индекс Альговера равен 1,4, что соответствует II степени шока	
3.	Дополнительные объективные симптомы для подтверждения диагноза: – симптом «прилипшей пятки» – просим пострадавшую поднять и удержать выпрямленную ногу на стороне повреждения – пациентка лишь волочит ногу по плоскости, не отрывая ее от последней, – симптом Вернейля – симптом усиления боли при небольшом сдавлении крыльев таза, – симптом Ларрея – усиление боли при разведении крыльев таза	
4.	Тактика фельдшера в данной ситуации. – Придать пострадавшей вынужденное положение «лягушки» - уложить на щит, под колени подложить валик, ноги слегка развести в тазобедренных суставах, зафиксировать пациентку на щите, по возможности на живот уложить пузырь со льдом. – Транспортировать пострадавшего в хирургический стационар, проводя противошоковые мероприятия, оксигенотерапию и контролируя гемодинамику	
5.	Диагностическая программа пациента при данной травме: – ОАК, ОАМ; – рентгенограмма костей таза в прямой проекции; – УЗИ органов малого таза; – Пальцевое исследование прямой кишки; – при необходимости лапароскопия	

Ситуационная задача 60

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП доставлен мужчина 55 лет с жалобами на сильную боль в правой половине грудной клетки, нарастающее удушье, кашель, слабость, головокружение. Выяснено, что во время драки сильно ударился грудью о выступ железных ворот.

Объективно: состояние тяжелое, пациент возбужден, испытывает чувство страха смерти. Пульс 110 уд./мин., слабого наполнения и напряжения, АД 90/60 мм рт. ст. Отмечается нарастающая одышка, частота дыхания 26 в мин. Кожные покровы бледно-цианотичные, влажные. В проекции V - VI ребер справа между передней и средней подмышечными линиями определяется участок, совершающий экскурсии, не совпадающие с дыхательными движениями грудной клетки (при вдохе западает, при выдохе выпячивается). Отмечается притупление перкуторного звука ниже уровня V ребра справа, при аускультации – отсутствие дыхательных шумов.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику ведения пациента.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Эталон решения ситуационной задачи 60

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Закрытая травма груди справа. Двойной перелом V - VI ребер между передней и средней подмышечными линиями, осложненный гемотораксом. ОДН II степени. Травматический шок II степени	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. Анамнеза – во время драки пострадавший ударился о выступ железных ворот (прямой механизм травмы). 2. Данных объективного обследования: в проекции V-VI ребер справа между передней и средней подмышечными линиями определяется участок, совершающий экскурсии, не совпадающие с дыхательными движениями грудной клетки (при вдохе западает, при выдохе выпячивается), что свидетельствует о наличии двойного перелома двух ребер. 3. В пользу гемоторакса, являющегося осложнением перелома ребер свидетельствуют: – жалобы на нарастающее удушье, кашель, слабость, головокружение, – бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония, – притупление перкуторного звука ниже уровня V ребра справа. 4. Нарастающая одышка (частота дыхания 26 в мин.), цианоз позволяют обосновать развитие ОДН II степени. 5. Сильная боль в грудной клетке, внутреннее кровотечение,	

	тахикардия и гипотония – пульс 110 уд./мин., слабого наполнения и напряжения, АД 90/60 мм рт. ст., индекс Альговера 1,2 являются признаками травматического шока II степени	
3.	Тактика ведения пациента: – оказание неотложной помощи; – транспортная иммобилизация; – транспортировка пациента в отделение травматологии	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: 1. Ввести ненаркотические обезболивающие средства (кеторол 30 мг – 1 мл, спазгам, максигам). 2. Провести транспортную иммобилизацию перелома ребер с помощью лейкопластыря. 3. Придать пострадавшему полусидячее положение и начать оксигенотерапию	
1	2	3
	4. Начать инфузионную противошоковую терапию, под контролем показателей гемодинамики: – декстраны: низкомолекулярные (реополиглюкин, реомакродекс) и среднемолекулярные (полиглюкнн); – производные желатина (желатиноль, гелофузин); – производные гидроксиптикрахмала: среднемолекулярные (волекам, рефортан) и высокомолекулярные (стабизол); – производные полиэтиленгликоля (полиоксидин). 5. По показаниям проводить стабилизацию АД глюкокортикоидными и дофаминэргическими препаратами, (преднизалон, допамин), вводить дыхательные analeптики кордиамин, 6. Ввести гемостатические средства – 5% р-р аминокaproновой кислоты 100 мл в/в, 12,5% р-р дицинона 2- 4 мл в/в, 0,025% 1 мл адроксона в/м, в/в; (1% - 1мл викасола в/м, 10% - 10,0 кальция хлорида в/в – воздержаться). 7. Приложить холод на грудную клетку к месту перелома. Транспортировать пострадавшего в травматологический стационар, проводя противошоковые мероприятия и контролируя гемодинамику (со звуковой и световой сигнализацией)	
5.	План диспансерного наблюдения: – после окончания лечения наблюдение торакального хирурга по месту жительства в течение 6 месяцев; – рекомендации по реабилитации и ЛФК; – рекомендации по трудовой реабилитации	

Ситуационная задача 61

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру здравпункта строительной организации привели рабочего, который случайно получил удар доской по низу живота. При этом он почувствовал резкую боль над лобком, частые и болезненные позывы к мочеиспусканию, но моча при попытке самостоятельно помочиться выделяется лишь каплями и окрашена кровью.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, пострадавший стонет от боли, дыхание учащено 22 в 1 мин., пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст., при пальпации определяется резкая болезненность над лобком, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте диагностическую программу пациента при данной травме.
5. Назовите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 61

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Предположительный диагноз. Закрытый внебрюшинный разрыв мочевого пузыря, травматический шок I степени	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. анамнеза: пострадавший получил удар в нижний отдел живота тупым предметом (механизм травмы). 2. основных симптомов: – боли внизу живота, – при пальпации резкая болезненность над лобком, – отрицательный симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга, – частые болезненные позывы к мочеиспусканию, – при попытке самостоятельно помочиться – моча выделяется каплями окрашена, кровью – пульс 92 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст. Индекс Альговера 0,8 – характерен для шока 1 степени	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации. Пациент должен быть экстренно доставлен в хирургическое отделение для подтверждения диагноза и выполнения оперативного лечения	
4.	Диагностическая программа: – ОАК, ОАМ; – ретроградная цистография – рентгенограмма костей таза в прямой проекции; – УЗИ органов малого таза; – при необходимости лапароскопия – КТ	
5.	Принципы лечения. 1. лечение оперативное в экстренном порядке; 2. при подготовке к операции проводят противошоковые мероприятия – введение гемодинамических и кристаллоидных кровезаменителей; 3. при внутрибрюшинных разрывах проводится лапаротомия, ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование брюшной полости; при внебрюшинных –	

	ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия и дренирование околопузырной клетчатки;	
4.	общее лечение – антибактериальная и симптоматическая терапии, по показаниям дезинтоксикационная, иммунокорректирующая терапия;	
5.	трансуретральное дренирование проводится до тех пор, пока мочевой пузырь не восстановится	

Ситуационная задача 62

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мальчику 10 лет, во время игры в футбол на школьном стадионе случайно ударили по промежности носком ботинка. От резкой боли он согнулся, побледнел, застонал, товарищи отвели его в школьный медпункт.

При осмотре фельдшером установлено: общее состояние тяжелое. В области промежности припухлость, кровоизлияние в кожу, резкая болезненность при пальпации. При надавливании из наружного отверстия мочеиспускательного канала выделились свежие капли крови. Мальчик попросился сходить в туалет и, вернувшись через 8-10 мин., сказал, что не смог помочиться.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Составьте диагностическую программу в стационаре.

Эталон решения ситуационной задачи 62

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Замкнутый травматический разрыв промежностной части уретры	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. данных анамнеза – тупая травма промежности; 2. характера болей; 3. жалоб на невозможность самостоятельного мочеиспускания; 4. данных осмотра – наличие припухлости, кровоизлияния в кожу промежности; 5. данные объективного исследования – пальпация при надавливании на промежность резко болезненная, появление свежих капель крови из уретры	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации: – оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе; – экстренная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи: – создать покой, уложить на кушетку; – ввести анальгетик: 50% р-ор метамизола натрия (анальгина) 1,0 мл; – приложить холод на промежность для остановки	

	кровоотечения и предупреждения нарастания гематомы; – ввести гемостатическое средство: дицинон 12,5% -2-4 мл в/в – наложить давящую Т-образную повязку на промежность и сверху вновь приложить холод; – вызвать бригаду скорой помощи и доставить пациента в отделение урологии	
5.	Диагностическая программа в стационаре: – Анализ анамнеза заболевания и жалоб – когда (как давно) произошла травма, когда появилось выделение крови из мочеиспускательного канала, с чем пациент связывает их возникновение. – Общий анализ крови. Позволяет выявить признаки воспалительного процесса. – Общий анализ мочи. Позволяет выявить признаки воспаления в мочевых путях: увеличение количества лейкоцитов, эритроцитов	
1	2	3
	– Биохимический анализ крови. С помощью этого анализа можно выявить признаки нарушения работы почек – увеличение конечных продуктов обмена белка (креатинин, мочевины, мочевая кислота). – Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, мочевого пузыря: исследования позволяют оценить размеры и структуру почек и мочевого пузыря, выявить признаки задержки мочи. – Компьютерная томография (КТ). С помощью этого метода можно выявить повреждение костей таза, распространенность гематомы (скопления крови). – Ретроградная уретрография. Позволяет оценить место и протяженность дефекта в уретре. – Уретроцистоскопия. Исследование мочеиспускательного канала и мочевого пузыря с помощью специального инструмента цистоскопа. Метод позволяет осмотреть стенки уретры изнутри и определить локализацию повреждения	

Ситуационная задача 63

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась женщина с жалобами на резкую боль в поясничной области справа. Из анамнеза выяснилось, что она около часа назад дома поскользнулась и упала, ударившись поясницей о край стола. При мочеиспускании обратила внимание на розовую окраску мочи, одновременно интенсивность болей в правой поясничной области нарастала, появилась слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела в норме, кожные покровы чистые, бледноватые, пульс 94 уд./мин., АД 105/60 мм рт. ст., больная беспокойна, симптом Пастернацкого резко положительный справа. Собранный на анализ моча розового цвета.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

5. Составьте диагностическую программу в стационаре.

Эталон решения ситуационной задачи 63

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Закрытая травма правой почки, внутреннее кровотечение. Травматический шок 1 ст.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – острого начала заболевания, связанного с травмой поясничной области; – жалоб на резкую боль в пояснице и ее нарастание; – данных объективного исследования: резко положительный симптом Пастернацкого справа, собранная на анализ моча розового цвета – (гематурия), учащение пульса, тенденция к снижению АД, появление слабости и бледности кожи	
1	2	3
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации: – оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе; – экстренная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи: – создать покой пациенту – немедленно вызвать скорую помощь для транспортировки пациентки в отделение неотложной хирургии (урологии) – наложить холод на правую поясничную область – ввести гемостатические средства (5% раствор гамма-аминокапроновой кислоты в/в р-ор 50-100 мл); – при снижении АД, ослаблении и учащении пульса приступить к инфузионной терапии (р-ор полиглюкина 400 мл в/в)	
5.	Диагностическая программа в стационаре: 1. Контроль гемодинамических показателей; 2. Лабораторные методы диагностики: – ОАК, ОАМ, – гематокрит (контроль), – гемоглобин (контроль); 3. Инструментальные методы диагностики: – ультразвуковое исследование; – рентгенологическое исследование почек; – радиоизотопное исследование; – МРТ	

Ситуационная задача 64

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась женщина, у которой около 5 часов назад появились боли в области желудка, больная связала эти боли с погрешностями в диете, но сейчас боли в желудке прошли, но беспокоят боли постоянного характера в правой половине живота.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,4⁰ С. Больная беспокоена своим состоянием, так как у неё беременность 30 недель. Язык слегка обложен белым налетом, влажный, пульс соответствует температуре, живот равномерно увеличен за счет беременной матки, пальпация слева и в верхнем отделе живота безболезненна, справа пальпация болезненна, здесь же неотчетливое напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В положении на правом боку боли усиливаются.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назовите лабораторные и инструментальные методы диагностики.
5. Назовите методы лечения данного заболевания на фоне беременности.

Эталон решения ситуационной задачи 64

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Предположительный диагноз. Острый аппендицит. Беременность 30 недель	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза: характерное начало для острого аппендицита (боли появились в эпигастрии, затем переместились в правую подвздошную область); – усиление болей в положении на правом боку не характерно для острого аппендицита, но у пациентки имеет место беременность, увеличенная беременная матка давит на область воспаления; – данных осмотра: болезненность при пальпации и некоторое напряжение мышц в правой подвздошной области, наличие симптома раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга) в этой же области	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение ЦРБ. Контроль общего состояния	
4.	Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Диагноз подтверждается лабораторными и инструментальными методами: – ОАК (лейкоцитоз), ОАМ; – ультразвуковое исследование; – лапароскопия – единственный метод, позволяющий на 100% подтвердить воспаление аппендикса	
5.	Методы лечения острого аппендицита на фоне беременности. Независимо от срока беременности, лечение аппендицита только хирургическое. Выбор метода оперативного доступа зависит от степени тяжести аппендицита, общего состояния женщины и плода, срока беременности. Оптимальным вариантом является	

	эндоскопический метод лечения аппендицита, но это возможно только на ранней стадии заболевания. При сроке гестации больше 20 недель операция выполняется обычным доступом и называется лапаротомия. Если у женщины с катаральным аппендицитом начались активные схватки, роды завершают естественным путем, после чего показана операция по удалению аппендикса. В случае развития деструктивного аппендицита, врач принимает решение о родоразрешении путем операции кесарево сечение, в ходе которой выполняется иссечение червеобразного отростка	
--	--	--

Ситуационная задача 65

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратился мужчина 40 лет, военный, курильщик с 20-летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 м он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда появилась перемежающаяся хромота через 400 м. Месяц назад появились боли в 1 пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва.

Объективно. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назовите этапы заболевания по частоте возникновения болевых приступов.
5. Назовите инструментальные методы диагностики заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 65

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Хроническая артериальная недостаточность. Стадия III – декомпенсации кровообращения и трофических расстройств	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза: возраст больного (40 лет), пол больного (мужчина), факт курения в течение 20 лет, что является провоцирующим фактором заболевания, профессия, которая подразумевает возможность переохлаждения нижних конечностей и нервное перенапряжение; – данных осмотра: выявлено наличие язвы на 1 пальце стопы, перемежающаяся хромота, мраморная окраска голени и синюшно-багровая окраска стоп, сухие ломкие ногти, отсутствие пульса на артериях стопы и ослабление пульса на подколенных артериях	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации. – осмотр пациента;	

	– наложение асептической повязки; – направление в хирургическое отделение ЦРБ	
4.	Этапы заболевания по частоте возникновения болевых приступов. Выделяют пять этапов: 1. I – болевой синдром в ногах возникает при ходьбе на дистанцию 1 км; 2. IIА – до возникновения болей в икроножных мышцах пациент может пройти расстояние свыше 200 м; 3. IIБ – до появления болей пациент может пройти расстояние менее 200 м; 4. III – болевой синдром выражен при ходьбе до 25 м и в покое; 5. IV – образуются язвенно-некротические дефекты на нижних конечностях	
5.	Инструментальные методы диагностики заболевания. – ангиография (ангиография) – рентгенологический метод с введением в артерию контрастного вещества, позволяет увидеть облитерацию сосуда или полную непроходимость артериального ствола; – реовазография – оценивается скорость движения крови в сосудах конечностей и определяется уровень окклюзии;	
1	2	3
	– дуплексное сканирование артерий (доплерография) – ультразвуковое обследование, которое, дает представление о проходимости сосудов и характере кровотока; – капилляроскопия	

Ситуационная задача 66

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП на руках принесли ребенка 7 лет, который жалуется на боли в левой голени, наступать на ногу не может. Мальчик сидит на кушетке, оберегая руками согнутую в коленном суставе ногу, опасается прикосновений фельдшера. Две недели назад лечился по поводу гнойной ангины.

Болен 2-ой день. Заболел остро. Заболевание началось с повышения температуры тела до 39,2⁰ С, ребенок стал вялым, жаловался на головную боль, отказывался от еды. Сегодня появились сильные боли в области левой голени.

Объективно: состояние тяжелое, пульс 100 уд./мин., ритмичный. Голень несколько отечна, увеличена в объеме, кожа над ней не изменена. Активные движения в ней отсутствуют, пассивные движения резко ограничены. Пальпация и перкуссия в проекции большеберцовой кости резко болезненны.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите возможные осложнения.

Эталон решения ситуационной задачи 66

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Острый гематогенный остеомиелит большеберцовой кости слева.	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – острого начала заболевания; – в анамнезе гнойная ангина; – жалоб на боли и нарушение функции левой голени; – выраженного синдрома интоксикации (состояние тяжелое, пиретическая лихорадка, головная боль, вялость, отказ от еды, тахикардия); – локальных изменений: вынужденное положение конечности, отсутствие активных движений, ограничение пассивных движений, резкая боль при пальпации и перкуссии большеберцовой кости, отек и увеличение объема левой голени	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации. Ребенок должен быть госпитализирован в гнойное хирургическое отделение для проведения лечения	
1	2	3
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – вызов скорой помощи для неотложной транспортировки пациента в отделение детской гнойной хирургии; – уложить пациента в удобное для него положение; – ввести 50% раствор метамизола натрия (анальгина) – 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% раствором хлоропирамина гидрохлорида (супрастина) – 0,1 мл/год жизни, с целью купирования болевого синдрома и снижения температуры; – обеспечить транспортную иммобилизацию левой голени шиной Крамера для создания покоя пораженной области и уменьшения болевого синдрома; – наблюдение за пациентом до прибытия скорой помощи; – транспортировка на носилках в положении лежа	
5.	Возможные осложнения: – развитие сепсиса, – развитие гнойного артрита, – патологические переломы, – формирование контрактур, деформации кости, – отставание конечности в росте	

Ситуационная задача 67

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на наличие язвы в нижней трети правой голени, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, отек стопы и голени, периодические судороги в нижних конечностях. Больна в течение 5 лет.

Объективно. При осмотре правой голени в нижней трети над внутренней лодыжкой имеется язва диаметром 4 см с неровными краями, глубиной 0,5 см, дно и стенки покрыты некротическим налётом, отделяемое умеренное, гнойное, зловонное. Отмечается

расширение большой подкожной вены: на бедре – в виде мягкого шнура, а в нижней трети бедра и по всей голени – варикозное изменение. Пульсация артерий определяется хорошо.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Дайте рекомендации пациентке после проведения ей оперативного лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 67

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Хроническая венозная недостаточность. Варикозное расширение вен правой нижней конечности. Трофическая язва правой голени	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза, в течении 5 лет страдает варикозной болезнью нижних конечностей; – жалоб пациентки на наличие язвы, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, – наличия отека стопы и голени, периодических судорог в нижних конечностях; – данных осмотра, при котором выявлено наличие язвы, варикозное расширение вен голени и бедра	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации. Пациентка должна быть госпитализирована в хирургическое отделение для проведения лечения	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи: – осмотр больной, – обработка краев раны раствором антисептика, – промывание раны раствором 3% перекиси водорода, – наложение на рану асептической повязки, – наложение эластичного бинта на конечность – направление в хирургическое отделение ЦРБ	
5.	Рекомендации пациентке после проведения ей оперативного лечения. После операции по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей вам нельзя: – подвергать себя высоким физическим нагрузкам, поднимать тяжести; – активно прыгать и бегать; – неправильно питаться, злоупотреблять алкогольными напитками и курением; – «заставаться» и «залеживаться». В то же время необходимо: – выполнять лечебную гимнастику;	

	– <u>носить компрессионные чулки</u>; – правильно спать – для этого ножной конец кровати должен быть приподнят. – проходить курсы физиотерапевтического лечения	
--	---	--

Ситуационная задача 68

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась женщина, кормящая мать 23 лет, с жалобами на жгучую боль в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39,0° С.

3 дня назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 38,6° С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, пыталась самостоятельно сцеживать молоко.

Объективно: при пальпации правой молочной железы отчетливо определяется плотное образование, размером 6,0 х 8,0 см., кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его имеется размягчение диаметром 2,0 см. Периферические подмышечные лимфатические узлы справа при пальпации увеличенные и болезненные.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите меры профилактики мастита во время грудного вскармливания:

Эталон решения ситуационной задачи 68

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Острый лактогенный мастит правой молочной железы в стадии абсцедирования	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза: пациентка – кормящая мать; – жалоб на боли в области правой молочной железы; – данных объективного обследования: гиперемия и отек тканей в области верхне-наружного квадранта железы; при пальпации четкий болезненный инфильтрат с размягчением в центре, что свидетельствует о скоплении гноя в тканях (сформировался абсцесс); – симптомов общей интоксикации: озноб, головную боль, повышение температуры до 39,0° С; – при обосновании выделены симптомы подмышечного лимфаденита: справа подмышечные лимфатические узлы при пальпации увеличенные и болезненные	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации. Пациентка должна быть госпитализирована в гнойное хирургическое отделение для проведения хирургического лечения	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи	

	Пациентке показано оперативное лечение, поэтому её транспортируют в гнойное хирургическое отделение, на молочную железу накладывают повязку, фиксирующую железу и приподнимающую её.	
5.	Меры профилактики мастита во время грудного вскармливания: – соблюдение правил личной гигиены, – правильный подбор белья для кормления и частая его смена на чистое, – кормление ребенка по требованию для избежания застоя молока, – соблюдение техники кормления грудью, следить за правильным положением ребенка во время кормления грудью, – смазывать сосок и околососковый кружок перед кормлением и после кормления сцеженным грудным молоком (профилактика трещин), – при появлении трещин сосков – использование ранозаживляющих мазей после каждого кормления (например «Бепантен»), – если после кормления в груди осталось молоко, его необходимо сцедить до полного опорожнения железы	

Ситуационная задача 69

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась женщина 38 лет, с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, повышенную температуру тела, озноб, головную боль, тошноту.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,2⁰ С, пульс 86 уд./мин., ритмичный, ЧДД 22 в мин. При осмотре на коже левой половины лица яркая краснота с четко ограниченными зазубренными границами. Кожа в зоне воспаления резко болезненна, горячая на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 69

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Предположительный диагноз. Рожистое воспаление кожи лица	
2.	Обоснование диагноза. При обосновании выделены основные симптомы: общие – интоксикация, озноб, резкое повышение температуры; местные – жгучая боль, выраженная краснота кожи с четкими границами и типичной локализацией на лице	

3.	Тактика фельдшера в данной ситуации: – оказание неотложной помощи; – транспортировка пациента в отделение гнойной хирургии	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – пациентку уложить в удобное положение, обеспечить питье для уменьшения признаков интоксикации; – с целью снижения температуры и купирования болевого синдрома ввести 2,0 мл 50% раствор метамизола натрия (анальгина), можно в сочетании с 2,0 мл 2% раствора хлоропирамина гидрохлорида (супрастина); – транспортировать машиной скорой помощи в положении лежа с учетом болевого синдрома и признаков интоксикации	
5.	Принципы лечения пациента в стационаре: – постельный режим, высококалорийная молочно-растительная диета с большим содержанием витаминов; – активно применяются антибиотики пенициллинового ряда в тяжелых случаях широкого спектра действия внутримышечно и внутривенно; – при необходимости – детоксикационная терапия; – местно применяют повязки с антисептическими средствами, физиолечение; – при флегмонозной и гангренозной форме лечение хирургическое	

Ситуационная задача 70

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратилась девочка 15 лет – ученица рядом расположенной школы. При падении на уроке физкультуры ударилась правым плечом о металлическую перекладину, появилась сильная боль в правой руке.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин. АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре: старается прижать повреждённую руку туловищу. В средней трети правого плеча припухлость, деформация, при пальпации резкая локальная болезненность и крепитация костных отломков, патологическая подвижность в месте травмы.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 70

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Закрытый травматический перелом правой плечевой кости в средней трети	

2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – пострадавшая упала на уроке физкультуры, ударившись правым плечом о металлическую перекладину (прямой механизм травмы); – данных объективного обследования – вынужденное положение конечности, деформация, локальная болезненность, крепитация и патологическая подвижность в месте травмы	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации: – провести обезболивание путем введения одного из препаратов: кеторолак 30 мг. 1-2 мл, 50% р-ор метамизола натрия (анальгина) 1-2мл (профилактика болевого шока); – осуществить транспортную иммобилизацию шиной Крамера с целью создания покоя повреждённой конечности, профилактики смещения костных отломков и дополнительной травматизации тканей; – приложить холод к месту повреждения; – транспортировать пострадавшую в травматологический стационар и контролируя гемодинамику	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – обезболивание: введение р-ора кеторолака (кеторола) 30 мг или 1,0 – 2,0 мл 50% р-ора метамизола натрия (анальгина); – транспортная иммобилизация (повязка Дезо) перелома ключицы для уменьшения травматизации тканей костными отломками, уменьшения болевых ощущений;	
1	2	3
	– по возможности холод; – вызвать «скорую помощь» для госпитализации пострадавшего в отделение травматологии	
5.	Дополнительные методы исследования: – ОАК, ОАМ; – рентгенограмма правого плеча в двух проекциях	

Ситуационная задача 71

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратился мужчина, который, поскользнувшись, упал на вытянутую руку и ударился правым плечом об асфальт. Жалуется на боли в правой надключичной области, движения в правом плечевом суставе резко болезненны.

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

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера по отношению к данному пациенту.

4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 71

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Закрытый перелом правой ключицы	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: 1. данных анамнеза – падение на вытянутую руку и удар правым плечом об асфальт; 2. жалоб на боль в правом надплечье, резко усиливающуюся при попытке движений правой рукой; 3. объективных данных: – наличие деформации и кровоизлияния в средней трети правой ключицы, – ограничение движений в правом плечевом суставе, – патологическая подвижность при пальпации в области деформации – характерная поза (левая рука придерживает правую руку, правое надплечье опущено), верхняя конечность ротирована кнутри	
3.	Тактика фельдшера: – оказание неотложной помощи; – транспортная иммобилизация; – транспортировка пациента в травматологическое отделение	
1	2	3
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – обезболивание: введение р-ора кеторолака (кеторола) 30 мг или 1,0 – 2,0 мл 50% р-ора метамизола натрия (анальгина); – транспортная иммобилизация (повязка Дезо) перелома ключицы для уменьшения травматизации тканей костными отломками, уменьшения болевых ощущений; – вызвать «скорую помощь» для госпитализации пострадавшего в отделение травматологии	
5.	Дополнительные методы исследования: – ОАК, ОАМ; – рентгенограмма области правого плечевого сустава с захватом правой ключицы	

Ситуационная задача 72

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП доставлен мальчик 10 лет, с жалобами на боли в правом лучезапястном суставе. Со слов сопровождающего учителя, ребенок упал в школьном коридоре на вытянутую руку, кисть при этом подвернулась внутрь.

Объективно: состояние удовлетворительное. Визуально отмечается отек тыльной поверхности правого лучезапястного сустава. Пальпация сустава вызывает ощущение боли, которая резко усиливается при сгибании кисти. Нагрузка по оси предплечья безболезненна.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 72

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Растяжение связок правого лучезапястного сустава	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза – пострадавший получил травму при падении на вытянутую руку, кисть при этом подвернулась внутрь (возможен характерный механизм травмы); – жалоб на боль в правом лучезапястном суставе, резко усиливающуюся при сгибании кисти; – визуально выраженного отека тыльной поверхности лучезапястного сустава; – объективных данных – отек тыльной поверхности лучезапястного сустава, боль при пальпации, отсутствие боли при осевой нагрузке	
1	2	3
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации. – оказание неотложной помощи; – транспортная иммобилизация; – транспортировка пациента в травматологический пункт	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – для обезболивания ввести в/м 1,0 мл 25% р-ора метамизола натрия (анальгина) в сочетании с 1,0 мл 2% р-ора хлоропирамина гидрохлорида (супрастина); – приложить холод на лучезапястный сустав – наложить повязку, фиксирующую сустав (крестообразную) для уменьшения боли и кровоизлияния, профилактики дополнительного травматизма; – осуществить транспортную иммобилизацию правой верхней конечности; – транспортировать пострадавшего в травматологический пункт в положении сидя	
5.	Дополнительные методы исследования. Рентгенография правого лучезапястного сустава	

Ситуационная задача 73

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП милицией доставлен пострадавший от нападения вооруженного ножом преступника.

Жалобы на боль в правой половине грудной клетки и правой руке, слабость, головокружение. Объективно: состояние тяжелое, пострадавший возбужден. Пульс 90 уд./мин., АД 100/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, на внутренней поверхности средней трети правого плеча – резаная рана 2,5 х 3 см., сильное кровотечение пульсирующей струей. На передней поверхности правой половины грудной клетки – множественные резаные раны в пределах кожи, кровотечение незначительное.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера по отношению к данному пациенту.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 73

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Резаная рана правого плеча, с повреждением плечевой артерии. Артериальное кровотечение. Геморрагический шок I степени	

1	2	3
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия резаной раны в области правого плеча, полученной при ножевом ранении, пульсирующего кровотечения; – признаков синдрома острой кровопотери – бледность, тахикардия, снижение артериального давления до 100/70 мм рт. ст.; – признаков геморрагического шока I степени – общее состояние тяжелое, возбуждение, индекс Альговера 0,9	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации: – оказание неотложной помощи; – транспортировка пациента в хирургическое отделение	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – остановить кровотечение путем пережатия поврежденной плечевой артерии и наложением жгута; – для купирования боли ввести 1-2 мл 50% р-ра метамизола натрия (анальгина) в/м; – наложить асептическую повязку на рану плеча для профилактики вторичной инфекции; – произвести иммобилизацию конечности с помощью косынки	

	для уменьшения боли; – произвести туалет раны передней поверхности грудной клетки для профилактики вторичной инфекции; – транспортировать пострадавшего в хирургический стационар, проводя противошоковые мероприятия, оксигенотерапию и контролируя гемодинамику	
5.	Дополнительные методы исследования: – ОАК, ОАМ; – рентгенограмма правого плеча в двух проекциях – рентгенография грудной клетки для исключения повреждения органов грудной полости	

Ситуационная задача 74

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В участковую больницу после ДТП через 20 мин. доставлена пострадавшая, 42 лет, с жалобами на резкую боль по всему животу, больше в левом подреберье, общую слабость, головокружение, сердцебиение, тошноту, чувство жажды. Со слов сопровождающих, женщину задела легковая машина за левую половину туловища и отбросила на тротуар. Пациентка была осмотрена фельдшером приемного покоя.

Объективно: состояние тяжелое, сознание сохранено, больная вялая, кожные покровы и слизистые бледные, акроцианоз. Дыхание частое, глубокое, со слов больной «не хватает воздуха». АД 60/40 мм рт. ст., пульс частый, слабого наполнения и напряжения, пульс 140 уд./мин. Живот участвует в акте дыхания, умеренная болезненность в левом подреберье и напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Пальпация и перкуссия живота дают основание предполагать наличие свободной жидкости в брюшной полости. Экспресс-анализ крови показал низкий уровень гемоглобина – 54 г/л.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо произвести при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 74

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Закрытая травма живота с повреждением паренхиматозного органа (травматический разрыв селезенки), внутрибрюшное кровотечение, осложненного геморрагическим шоком III степени	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза – пострадавшую задела легковая машина за левую половину туловища и отбросила на тротуар (механизм травмы); – жалоб на резкую боль по всему животу, больше в левом подреберье; – данных объективного обследования – при пальпации	

	напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность в левом подреберье, слабо положительный симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга); – в пользу внутреннего кровотечения свидетельствуют определение пальпаторно и перкуторно свободной жидкости в животе снижение уровня гемоглобина до 54 г/л. При обосновании выделены симптомы геморрагического шока III степени: – тахикардия до 140 уд./мин., пульс слабого наполнения и напряжения; – артериальная гипотония до 60/40 мм рт. ст.; – индекс Альговера более 2, что соответствует III степени шока; – одышка – бледность кожных покровов и слизистых, акроцианоз	
3.	Тактика фельдшера в данной ситуации: – оказание неотложной помощи; – вызвать хирургическую бригаду на себя, больная нетранспортабельна	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – обеспечить покой в положение на спине с полусогнутыми в коленных суставах нижними конечностями и повернутой на бок головой, по возможности положить холод на живот; – начать противошоковые мероприятия: 1. декстраны: низкомолекулярные (реополиглюкин, реомакродекс) и среднемолекулярные (полиглюкнн); 2. производные желатина (желатиноль, гелофузин); 3. производные гидроксиэтилкрахмала: среднемолекулярные (волекам, рефортан) и высокомолекулярные (стабизол);	
1	2	3
	4. производные полиэтилгликоля (полиоксидин). начать оксигенотерапию; – начать оксигенотерапию; – до приезда хирургической бригады проводить противошоковые мероприятия и контролировать гемодинамику	
5.	Дополнительные методы исследования: – ОАК, ОАМ; – биохимический анализ крови; – гематокрит; – время свертывания крови; – группа крови, резус фактор; – УЗИ органов брюшной полости	

Ситуационная задача 75

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В присутствии фельдшера ФАП мужчина, вынимая оконную раму, разбил стекло. Большой осколок вонзился в ткани нижней трети левого плеча. Мужчина, испугавшись, выдернул стекло. Сразу же началось сильное кровотечение.

Объективно: в области передне-внутренней поверхности нижней трети левого плеча рана 5,0 см х 0,5 см, с ровными краями, из раны пульсирующей струёй выбрасывается алая кровь.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести при данной травме.

Эталон решения ситуационной задачи 75

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Резаная рана нижней трети левого плеча, осложненная артериальным кровотечением	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – наличия раны в области нижней трети левого плеча в проекции плечевой артерии, полученной осколком стекла при вынимании рамы, – пульсирующее кровотечение алого цвета	
3.	Тактика ведения пациента: – оказание неотложной помощи; – транспортировка пациента в хирургическое отделение	
1	2	3
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – остановить кровотечение путем пережатия поврежденной плечевой артерии к плечевой кости, а затем наложить жгут; – края раны обработать антисептическим раствором, на рану наложить стерильный перевязочный материал при строгом соблюдении асептики для профилактики вторичного инфицирования; – иммобилизация конечности и введение анальгетиков для уменьшения боли; – транспортировать пострадавшего в хирургический стационар, проводя противошоковые мероприятия, оксигенотерапию и контролируя гемодинамику	
5.	Дополнительные методы исследования: – ОАК, ОАМ; – контроль гемодинамики; – рентгенограмма плеча в двух проекциях	

Ситуационная задача 76

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Зимой на окраине поселка обнаружен лежащий в снегу мужчина. На оклик открывает глаза, с трудом отвечает на вопросы. С его слов машина, в которой он ехал, застряла на дороге недалеко от поселка. Он отправился за помощью и заблудился.

Объективно: состояние тяжелое: кожные покровы бледные, местами синюшные. Мужчину знобит, дыхание не нарушено. Давление 120/80 мм рт. ст. Пульс 60 уд./мин. На щеках, кистях обеих рук, стопах кожа бледная, онемевшая. Пострадавший не может сжать пальцы в кулак, самостоятельно идти.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
5. Охарактеризуйте степени тяжести данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 76

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Общее переохлаждение, адинамическая стадия. Обморожение щек, кистей, стоп	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза – зимой на окраине поселка обнаружен лежащий в снегу мужчина, на оклик открывает глаза, с трудом отвечает на вопросы, с его слов машина, в которой он ехал, застряла на дороге недалеко от поселка, он отправился за помощью и заблудился	
1	2	3
	– общих симптомов: озноб, затруднение речи, скованность движений; – объективных данных – кожные покровы бледные, местами синюшные, на щеках, кистях обеих рук, стопах кожа бледная, онемевшая, пострадавший не может сжать пальцы в кулак, самостоятельно идти	
3.	Тактика фельдшера: – оказание неотложной помощи; – транспортировка пациента в лечебное учреждение	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: – предотвратить дальнейшее переохлаждение – защитить от ветра, внести в теплое помещение или автомобиль; – снять холодную одежду, одеть теплую, сухую, завернуть в специальное одеяло для пассивного согревания («космическое одеяло»), при отсутствии такового – обычное одеяло; – согреть своими руками (не растирая) щеки, кисти, стопы; – наложить теплоизолирующие повязки на поврежденные руки; – наложить горячие грелки на область крупных сосудов конечностей; – внутривенно ввести 20 мл 40% р-ор глюкозы + 3-5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, теплый р-ор реополиглюкина для восстановления периферического кровотока;	

	– при выраженном болевом синдроме – введение анальгетиков; – госпитализация в лечебное учреждение на носилках	
5.	Степени отморожения. I степень отморожения, наиболее легкая. Возникает при воздействии холода в течение недолгого времени. К признакам отморожения относится изменение цвета кожи. Пораженный участок становится бледным, появляется чувство покалывания с последующим онемением. После согревания он краснеет, иногда до багрово-красного цвета, что сопровождается отеком. М.б. боли разной интенсивности. Через 5-7 суток после отморожения нередко бывает небольшое шелушение пострадавшей кожи. Выздоровление наступает на 6-7 сутки после поражения. II степень отморожения. Появляется при воздействии холода на протяжении более длительного отрезка времени. Начальные симптомы – побледнение и похолодание пораженного участка, утрата им чувствительности. Характерным признаком отморожения данной степени является формирование пузырей с прозрачным содержимым в первые сутки после поражения. При отморожении пальцев или др. участков сразу после отогревания появляются боль, жжение и зуд. Восстановление кожи происходит на протяжении 1-2 недель. При этом не образуются рубцы и грануляции. III степень отморожения. Характерно образование пузырей, наполненных кровянистым содержимым. Их дно имеет сине-багровый цвет, нечувствительно к раздражениям. Болевые ощущения имеют высокую интенсивность и характеризуются долгим периодом течения. На пораженном участке гибнут все кожные структуры. После 2-3 недель отторжения мертвых тканей наступает рубцевание, которое занимает около месяца	
1	2	3
	IV степень отморожения. Обычно сочетается с отморожением II и III степени. Все слои кожных тканей подвергаются омертвению. Часто поражаются мышцы, суставы, кости. Признаком отморожения является резко синюшный цвет поврежденного участка, нередко с мраморной расцветкой. После согревания сразу формируется отек, который быстро увеличивается в размерах. На пострадавшем участке отсутствует чувствительность	

Ситуационная задача 77

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАПa обратился пожилой мужчина 75 лет, с жалобами на затрудненное, учащенное мочеиспускание. Моча выделяется тонкой, слабой струей, временами только каплями, ночью встает помочиться от 3 до 5 раз. Считает себя больным около 4-х лет, заболевание постепенно прогрессировало. Отмечает неудовлетворенность после мочеиспускания, испытывает чувство остаточной мочи.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 36, 9⁰ С. Кожа чистая, обычной окраски, язык суховат, обложен белесоватым налетом. Живот мягкий, несколько болезненный над лобком, где при перкуссии определяется притупление.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.

3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назовите методы диагностики данного заболевания.
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 77

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Аденома предстательной железы	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза: считает себя больным около 4-х лет, заболевание постепенно прогрессировало – жалоб на затрудненное учащенное мочеиспускание, моча выделяется тонкой, слабой струей, временами только каплями, ночью встает помочиться от 3 до 5 раз; – характерного возраста пациента; – данных объективного исследования: некоторая болезненность над лобком, притупление при перкуссии	
3.	Тактика фельдшера: направить пациента на консультацию к урологу	
4.	Методы диагностики аденомы простаты: – обследование у уролога: осмотр и пальцевое ректальное исследование предстательной железы; – УЗИ предстательной железы, в том числе ТРУЗИ – трансректальное (через прямую кишку) ультразвуковое исследование предстательной железы;	
1	2	3
	– определение уровня простат-специфического <u>антигена</u> (ПСА, PSA) в крови – используется для диагностики ранней стадии <u>рака предстательной железы</u>	
5.	Методы лечения: Консервативное лечение. Назначаются противовоспалительные препараты и спазмолитические средства – для облегчения мочеиспускания. А также комплекс средств, направленных на саму аденому простаты. Хирургическое лечение – аденомэктомия	

Ситуационная задача 78

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратился молодой мужчина с жалобами на боль в области концевой фаланги 2-ого пальца правой кисти. Работает слесарем. Дня четыре тому назад во время работы уколол палец тонкой проволокой, ранку антисептиком не обработал (не придавал ей значения), продолжал работать. На следующий день отметил незначительные болевые ощущения в пальце, продолжал работать и последующие два дня. Сегодня пришел к фельдшеру, т.к. боль не дала уснуть всю ночь, носила характер пульсирующей, прием анальгина практически не помог.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 36,9⁰ С. Концевая фаланга второго пальца правой кисти напряжена, гиперемирована, отмечается ее припухлость. Движение пальцем в связи с болевыми ощущениями, отечностью и припухлостью ограничено.

Вопросы.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите принципы профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 78

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Подкожный панариций концевой фаланги второго пальца правой кисти	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – данных анамнеза – укол пальца проволокой четыре дня назад, отсутствие необходимой первой помощи; – жалоб на усиливающуюся боль в области концевой фаланги 2-ого пальца правой кисти в течение 2-х дней, которая приобрела пульсирующий характер, ночную боль; – данных осмотра (гиперемия, отечность концевой фаланги, ограничение движений)	
1	2	3
3.	Тактика фельдшера: – произвести обработку раны антисептиком; – наложить асептическую повязку; – направить пациента на консультацию к хирургу в ЦРБ	
4.	Принципы лечения. Показано хирургическое лечение под местным обезболиванием. При этом рассекают гнойный очаг на пальце, вычищают его, дренируют, удаляют некротические участки тканей, вводят антибиотики. Затем ежедневно проводят перевязки, возможно физиолечение	
5.	Профилактика. – предупреждение поражения пальцев (работа в защитных перчатках, аккуратность при маникюре и во время ухода за кистями рук, аккуратность в быту); – поддержание чистоты рук; – в случае повреждения пальца необходимо обработать рану антисептиком и наложить стерильную повязку (как правило, это часто игнорируется, а между тем, панариций начинается с самых незначительных повреждений кожи)	

Ситуационная задача 79

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратился лесничий, 57 лет, с жалобами на повышение температуры, озноб, головную боль, нарушение сна, сильную боль в области раны правой голени и паху, усиливающуюся при ходьбе. Три дня назад ударился ногой о корень дерева, промыл рану водой, лечился народными средствами.

При обследовании: состояние удовлетворительное, температура тела 38,0° С. В нижней трети внутренней поверхности правой голени рана 4,0 x 3,5 см, окружающие ткани отечные, гиперемия без четких границ, отделяемое гнойное, скудное. В правой паховой области несколько округлых, подвижных, плотных болезненных, не спаянных с кожей образования, размером с фасоль.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дифференциально-диагностические признаки данной стадии течения патологии.
4. Определите тактику ведения пациента.
5. Составьте программу лечения пациента при данном повреждении.

Эталон решения ситуационной задачи 79

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Инфицированная рваная рана нижней трети внутренней поверхности правой голени, осложненная паховым лимфаденитом	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза и жалоб: три дня назад ударился ногой о выступающий корень дерева, промыл рану водой, лечился народными средствами, жалуется на боль в ране и паховой области, усиливающуюся при ходьбе; – данных объективного обследования: общее повышение температуры тела, наличие раны в области голени с выраженными симптомами воспаления, увеличение лимфатических узлов в паховой области	
3.	Дифференциально-диагностические признаки данной стадии течения патологии: – рана находится на стадии гнояного воспаления, о чем свидетельствуют местные симптомы воспаления – отек, выраженная гиперемия без четких границ, гнойное отделяемое; – в паховой области лимфаденит носит характер катарального воспаления – лимфатические узлы увеличены до размера фасоли, плотные, подвижные, с кожей не спаяны	
4.	Тактика фельдшера. Пациента необходимо экстренно госпитализировать в хирургическое отделение. Развитие лимфаденита является противопоказанием для амбулаторного лечения из-за риска развития сепсиса	
5.	Программа лечения пациента: Показан туалет гнойной раны – ревизия раны, по показаниям	

	рассечение краев для улучшения оттока гнойного отделяемого, некрэктомия. В последующем местное лечение, которое проводят по принципам лечения гнойной раны в зависимости от стадии течения гнойного процесса Общее лечение – антибактериальная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, иммунокоррекция. В данном случае воспаление лимфатических узлов не носит гнойный характер, поэтому лечение лимфаденита должно быть консервативным с применением тепловых компрессов и физиотерапии, лечебной иммобилизации	
--	--	--

Ситуационная задача 80

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

В здравпункт, где дежурит фельдшер, обратилась работница красильного цеха фабрики. Спустя несколько дней после инъекции раствора сульфата магния пациентку стали беспокоить боли в правой ягодичной области. Пациентка прощупала уплотнение, резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние 2 дня 39,0° С, сопровождается ознобом.

Объективно: общее состояние пациентки относительно удовлетворительное, АД 180/90 мм рт. ст., пульс ритмичный напряжен, температура тела – 38,3° С. В верхне-наружном квадранте правой ягодицы припухлость и гиперемия, размер участка инфильтрации 8,0 x 8,0 см, при пальпации определяется резкая болезненность, в центре инфильтрата – отчетливая флюктуация.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Составьте программу лечения пациента при данном повреждении.
5. Назовите меры профилактики развития данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 80

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Гипертоническая болезнь. Постинъекционный абсцесс правой ягодичной области	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза: несколько дней назад была инъекция сульфата магния по поводу лечения гипертонической болезни, – жалоб и объективных данных: в настоящее время больную беспокоит болезненный инфильтрат с гиперемией кожи над ним и с симптомом флюктуации в центре; нарушение общего состояния – ознобы и высокая температура	
3.	Тактика фельдшера. Пациентка должна быть госпитализирована в хирургическое отделение для экстренного оперативного вскрытия гнойника	
4.	Программа лечения: – оперативное лечение: гнойник вскрывается, гной удаляется,	

	дренирование, с 10% раствором хлорида натрия (гипертонический); – консервативное лечение – антибактериальная терапия; – местное лечение: назначаются аппликации местного характера с применением антисептиков, электрофорез, УВЧ.	
5.	Профилактика постинъекционного абсцесса: – во время проведения манипуляции следует строго соблюдать асептику, – повторное использование одноразового шприца недопустимо, – вскрывать упаковку непосредственно перед инъекцией, – тщательно обрабатывать место спила ампулы или крышку флакона, – избегать падения инструмента, касания к загрязнённым предметам, – введение лекарственных препаратов должно быть плавным и только внутримышечным, длина иглы должна соответствовать толщине подкожной клетчатки, – необходимо чередовать места введения лекарств, лучше, если инъекции будут произведены квалифицированным специалистом	

Ситуационная задача 81

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратился мужчина, 56 лет с жалобами на сильные боли и чувство инородного тела в области ануса, которое появилось после физической нагрузки и употребления алкоголя, повышение температуры тела до 38,0° С, озноб, головокружение.

Объективно: при осмотре в области ануса определяется опухолевидное образование в виде «розочки» багрово-синюшного цвета, состоящее из четырех узлов, в центре него – образование из трех узлов. При пальпации узлы плотные, невраивимые, резко болезненные.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения пациента.
5. Дайте советы по профилактике развития данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 81

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Острый тромбоз геморроидальных узлов	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза и жалоб: заболевание началось после физической нагрузки и употребления алкоголя, у больного появились жалобы на сильные боли и чувство инородного тела в области ануса, выраженная интоксикация;	

	– данных объективного исследования: в области ануса опухолевидное образование в виде «розочки» багрово-синюшного цвета, состоящее из четырех узлов, в центре его – образование из трех узлов, при пальпации узлы плотные, резко болезненные	
3.	Тактика фельдшера. Пациент должен быть доставлен в проктологическое или хирургическое отделение. Стационарное лечение показано из-за возможного риска развития осложнений (парапроктиты, тромбоз, кровотечение)	
4.	Принципы лечения. Лечение тромбированных узлов проводится с помощью консервативной или оперативной терапии. Консервативно лечение заключается в использовании флеботропных, тромболитических и обезболивающих средств для местного и общего применения. Флеботоники: например, детралекс – повышает упругость стенок сосудов, улучшает микроциркуляцию, снимает отечность и нормализует реологические свойства крови; венорутон – повышает тонус венозной стенки, оказывает мощный противовоспалительный и ангиопротекторный эффект. Для лечения тромбированных узлов обязательно применяется местное лечение: троксевазиновая и гепариновая мази, гепатромбин Г. При кровотечении применяют местные гемостатики. Хирургическое лечение. При неэффективности консервативной терапии нужно удалять тромбы хирургическим путем. Методику лечения выбирают проктолог или хирург, рассматривая каждый индивидуальный случай отдельно	
1	2	3
5.	Советы по профилактике геморроя и его осложнений: – избегайте запоров; – следите за своим весом; – откажитесь от пряных, острых, соленых, копченых блюд, животных белков и алкоголя; – пейте больше жидкости; – включайте в меню продукты богатые клетчаткой; – ведите активный образ жизни; – не используйте жесткую туалетную бумагу (лучше применять влажные салфетки); – избегайте переохлаждения; – при зуде не расчесывайте кожу, терпите; – не поднимайте тяжестей	

Ситуационная задача 82

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП обратился мужчина, 30 лет, с жалобами на боли в области прямой кишки, резко усиливающиеся во время акта дефекации. Температура тела 39,0⁰ С. Данные жалобы беспокоят в течение двух дней.

При обследовании: в области заднего прохода на боковой поверхности справа от ануса определяется выраженная гиперемия и отек мягких тканей. При пальпации данной области отмечается резкая болезненность и уплотнение без четких границ, в центре отмечается размягчение.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назовите причины развития данного заболевания.
5. Составьте программу лечения пациента при данном повреждении.

Эталон решения ситуационной задачи 82

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Острый подкожный парапроктит справа	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза и жалоб: в течение 2-х дней беспокоят боли в области прямой кишки, резко усиливающиеся во время акта дефекации. Температура тела 39,0 гр. С; – данных объективного исследования: в области заднего прохода на боковой поверхности справа от ануса определяется выраженная гиперемия и отек мягких тканей. При пальпации данной области отмечается резкая болезненность и уплотнение без четких границ, в центре отмечается размягчение	
1	2	3
3.	Тактика фельдшера. Экстренная госпитализация пациента в хирургическое отделение для оперативного лечения. На догоспитальном этапе – введение обезболивающих препаратов, наложение Т-образной повязки на область промежности	
4.	Причинами развития воспалительного процесса в околопрямокишечных тканях могут стать: – <u>геморрой</u> ; – трещины заднего прохода (<u>анальные трещины</u>); – воспаление анальных желез	
5.	Лечебная программа в стационаре. Любая форма рассматриваемого воспалительного процесса требует хирургического вмешательства. Операция при остром парапроктите заключается во вскрытии и дренировании гнояника, определении источника инфекции, ликвидации входных ворот инфекции. В послеоперационном периоде – ежедневные перевязки. Общее лечение – антибактериальная, симптоматическая терапии, по показаниям детоксикация, иммунокоррекция	

Ситуационная задача 83

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мужчина, 42 лет, почувствовал сильнейшую боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Много лет страдает язвенной болезнью желудка, по поводу чего многократно лечился в терапевтических клиниках.

При обследовании: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное – лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 80 уд./мин., АД 100/60 мм рт. ст., язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Перечислите осложнения язвенной болезни желудка, требующие хирургического вмешательства.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. назовите принципы лечения пациента при данном состоянии.

Эталон решения ситуационной задачи 83

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Язвенная болезнь желудка. Перфоративная язва желудка	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза и жалоб: исходя из анамнеза, пациент страдает язвенной болезнью желудка много лет; в момент физической нагрузки больной почувствовал сильнейшие боли в верхнем отделе живота, которые можно сравнить с ударом кинжала;	
1	2	3
	– данных объективного исследования: положение больного на боку с приведенными к животу ногами характерно для перфорации. При исследовании живота: в акте дыхания передняя брюшная стенка не участвует, пальпация резко болезненна, живот доскообразный, положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей брюшной стенке	
3.	Определите тактику ведения пациента. – оказание неотложной помощи; – транспортировка пациента в хирургическое отделение. Показана экстренная госпитализация пациента в хирургическое отделение для проведения оперативного лечения из-за риска развития перитонита. На догоспитальном этапе обеспечить покой в положение на спине с полусогнутыми в коленных суставах нижними конечностями и повернутой на бок головой, по возможности положить холод на живот. Проводить контроль показателей гемодинамики	
4.	Осложнения язвенной болезни желудка, требующие хирургического вмешательства:	

	1. Прободение (перфорация) язвы – образование сквозного отверстия в стенке <u>желудка</u> . При этом содержимое попадает в брюшную полость, и развивается перитонит. 2. Пенетрация язвы – образование отверстия в стенке желудка, которое открывается в расположенные рядом органы: <u>поджелудочную железу</u> , толстый кишечник, <u>печень</u> , малый сальник и т.д. 3. Желудочное кровотечение . 4. Стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки – деформация или сужение места перехода желудка в 12-перстную кишку. Возникает в результате рубцевания язвы, расположенной в конечном отделе желудка. 5. Новообразование желудка	
5.	Назовите принципы лечения данного состояния. Перфорация язвы в свободную брюшную полость является абсолютным показанием к экстренной операции. Чем раньше установлен диагноз и произведена операция, тем больше шансов на выздоровление больного. Проводится прошивание язвы с ваготомией, резекция желудка. Операцию заканчивают тщательной санацией брюшной полости – аспирацией излившегося содержимого, промыванием полости антисептическими растворами и дренированием брюшной полости. Из общего лечения назначают антибактериальную терапию, противошоковую терапию, нормализацию водно-электролитного состава, симптоматическую терапию, иммунокоррекцию	

Ситуационная задача 84

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП доставлена женщина 52 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье, которая появилась на 2-ой день после празднования Нового года. Боль иррадиирует в правое надплечье. Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное, склеры с иктеричным оттенком. Пациентка повышенного питания, температура тела 37,6 гр. С, пульс 94 уд. в мин., ритмичный. Живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания. В правом подреберье при пальпации определяется резкая болезненность и мышечное напряжение.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные диагностические симптомы, выявляемые при данной патологии.
4. Определите тактику ведения пациента.
5. Составьте программу лечения пациента в стационаре.

Эталон решения ситуационной задачи 84

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза.	

	Предположительный диагноз. Острый холецистит	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза и жалоб: по анамнезу отмечает погрешность в диете, а возможно и прием алкоголя – типичные провоцирующие факторы развития холецистита; жалобы на острую боль в правом подреберье; – данных объективного исследования: рвота, не приносящая облегчения, самостоятельная острая боль в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, той же локализации резкая пальпаторная боль и мышечное напряжение, признаки интоксикации.	
3.	Дополнительные диагностические симптомы, выявляемые при данной патологии: – симптом Ортнера-Грекова – боль при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге, – симптом Кера – резкая болезненность при пальпации в точке проекции желчного на высоте вдоха, – симптом Мюсси-Георгиевского – болезненность в точке диафрагмального нерва между ножками кивательной мышцы, – симптом Щеткина-Блюмберга – резкая боль при пальпации брюшной стенки, еще более усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки	
4.	Тактика фельдшера. Вызвать скорую помощь для госпитализации в отделение неотложной хирургии ЦРБ. До приезда бригады скорой помощи: – уложить пациента в удобное положение, повернуть голову на бок; – приложить холод на правое подреберье; – при резко выраженном болевом синдроме ввести М-холинолитик (атропин, платифилин) или спазмолитик (папаверин, дротаверин); – наблюдать за состоянием пациентки до прибытия скорой помощи; – транспортировку осуществлять на носилках в положении лежа	
1	2	3
5.	Лечебная программа в стационаре 1. Экстренная операция показана при: развитии местного или разлитого перитонита, сочетании острого холецистита с острым панкреатитом, ЖКБ (особенно окклюзии желчных путей камнем). 2. При отсутствии показаний к экстренной операции лечение острого холецистита начинают с консервативной терапии: – больным ограничивают прием пищи, разрешая лишь щелочное питье; – для уменьшения болей применяют ненаркотические анальгетики; – болевые ощущения м.б. уменьшены путем применения холинолитиков и спазмолитиков (атропин, платифиллин, дротаверин и др.); – местно на область правого подреберья кладут пузырь со	

	льдом; – для подавления активности микробной флоры назначают антибиотики широкого спектра действия; – для детоксикации назначают инфузионную терапию не менее 2,0 – 2,5 л в сутки	
--	---	--

Ситуационная задача 85

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Мужчина 48 лет обратился к фельдшеру на ФАП с жалобами на боль в эпигастрии. Боль не связана с приемом пищи. За последние 3 месяца похудел на 8 кг. Отмечает снижение аппетита, отвращение к мясной пище, чувство переполнения в желудке после приема пищи. Иногда сам для облегчения вызывает рвоту. 12 лет страдает язвенной болезнью желудка. В ЦРБ сделал рентген желудка. На рентгеновском снимке определяется опухоль в пилорическом отделе желудка.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, подкожно жировая клетчатка значительно истончена, АД 125/70 мм рт. ст. пульс 72 уд./мин. При пальпации живот мягкий, легкая болезненность в эпигастральной области.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные диагностические исследования при данной патологии.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Назовите принципы лечения данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 85

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: Рак желудка	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – жалоб пациента – боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи, потеря в массе 8 кг за три месяца, отвращение к мясной пище, чувство переполнения в желудке, для облегчения вызывает рвоту;	
1	2	3
	– анамнеза – язвенная болезнь желудка в течение 12 лет; – на рентгеновском снимке определяется опухолевидное образования в желудке	
3.	Дополнительные диагностические исследования: 1. ОАК; 2. определение онкомаркеров; 3. ЭФГДС (эзофагогастродуоденоскопия) с взятием с подозрительного участка ткани для пробы на биопсию; 4. рентгенография желудка; 5. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; 6. компьютерная томография	
4.	Тактика фельдшера – направить пациента на консультацию к онкологу	

5.	Принципы лечения данной патологии. – хирургическое лечение; – химиотерапия; – радиотерапия; Для достижения наилучшего результата показано комбинирование методов лечения	
----	---	--

Ситуационная задача 86

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру на ФАП обратилась женщина 60 лет, с жалобой на уплотнение в правой молочной железе, которое обнаружила случайно. Менопауза с 50 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, при осмотре молочных желез выявлено некоторое увеличение правой молочной железы, сосок втянут, при сжимании из него выделяются кровянистые выделения, при пальпации правой молочной железы в верхнем наружном квадранте определяется опухолевидное образование, неподвижное, безболезненное. В правой подмышечной области пальпируются лимфатические узлы, безболезненные, неподвижные.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные диагностические исследования при данной патологии.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Назовите принципы лечения данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 86

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: Рак правой молочной железы	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – анамнеза: менопауза в течение 10 лет; – жалоб: уплотнение в правой молочной железе; – объективных данных: увеличение правой молочной железы, втянутый сосок, кровянистые выделения из соска, опухолевидное образование в верхнем наружном квадранте, увеличенные, подмышечные лимфатические узлы	
1	2	3
3.	Дополнительные диагностические исследования: 1. Маммография. 2. Биопсия тканей опухоли. 3. Цитологическое исследование выделений из соска, соскобов 4. Дуктография – введение контрастного вещества через специальную иглу в отверстие выводного протока, открывающегося на соске. Затем выполняется рентгеновский снимок в двух проекциях. 5. Компьютерная томомаммография позволяет получить изображение (послойный срез) любой части молочной железы. 6. УЗИ молочных желез	

4.	Тактика фельдшера. Направить пациентку на консультацию к онкологу-маммологу	
5.	Принципы лечения данной патологии. Виды лечения рака груди: хирургические, радиотерапевтические, химиотерапевтические, гормональные и биологические виды терапии. Для достижения наилучшего результата показано комбинирование методов лечения	

Ситуационная задача 87

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Женщина 22 лет обратилась к фельдшеру на ФАП с жалобой на увеличение пигментного пятна в области правой голени. Пигментное пятно существует с рождения. Увеличение пятна женщина заметила после поездки на отдых в Турцию, где она много загорала.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД 120/70 мм рт. ст. пульс 72 уд./мин. При осмотре на задней поверхности в средней трети правой голени обнаружено пигментное пятно с участками изъязвления и сукровичным отделяемым.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите дополнительные диагностические исследования при данной патологии.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Принципы лечения данной патологии.
5. Принципы профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 87

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Меланома правой голени. Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – жалоб – увеличение пигментного пятна; – анамнеза – рост пигментного пятна после инсоляции; – объективных данных – наличие изъязвлений, сукровичное отделяемое в области пигментного пятна	
2.	Дополнительные диагностические исследования: – анализ крови – определяется онкомаркера меланомы – биопсия с последующим проведением гистологического и цитологического исследования	
1	2	3
3.	Определите тактику фельдшера в данной ситуации. Направить пациентку на консультацию к онкологу.	
4.	Принципы лечения. – при первичном очаге без метастазов, применяют оперативное лечение; – при наличии метастазов меланомы в лимфатические узлы проводят их иссечение; – химиотерапия;	

	– иммунотерапия; – лучевая терапия	
5.	Принципы профилактики данного заболевания: – своевременное удаление постоянно травмирующегося невуса (родинки); – ограниченное количество попадания ультрафиолетового излучения на кожу; – избегать соляриев; – никакого самолечения, прижигания повреждённых родинок, самостоятельного удаления различного вида новообразований (родинки, бородавок)	

Ситуационная задача 88

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера вызвали к пациенту на дом. Пациент 67 лет, предъявляет жалобы на приступообразные боли в животе в течение 6 часов, рвоту с неприятным запахом, отсутствие стула, газов. Считает себя больным в течение года, беспокоили запоры, вздутие живота, периодические боли, снижение аппетита, слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, АД 100/70 мм рт. ст., пульс 100 уд./мин., кожные покровы бледные с сероватым отеком, язык сухой обложен коричневым налетом. При осмотре живот вздут, ассиметричен, при пальпации живота определяется болезненность по всему животу, определяется перераздутая, пустая ампула прямой кишки (симптом Обуховской больницы).

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные диагностические исследования при данной патологии.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Назовите принципы лечения данной патологии.

Эталон решения ситуационной задачи 88

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз: Обтурационная кишечная непроходимость	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – жалоб – приступообразные боли в животе в течение 6 часов, рвоту с неприятным запахом, отсутствие стула, газов;	
1	2	3
	– анамнеза – считает себя больным в течение года, беспокоили запоры, вздутие живота, периодические боли, снижение аппетита, слабость; – объективного обследования – состояние средней тяжести, АД 100/70 мм рт. ст., пульс 100 уд./мин., кожные покровы бледные с сероватым отеком, язык сухой обложен коричневым налетом. При осмотре живот вздут,	

	ассимметричен, при пальпации живота определяется болезненность по всему животу, определяется перераздутая, пустая ампула прямой кишки (симптом Обуховской больницы)	
3.	Дополнительные диагностические исследования: – обзорная <u>рентгенография органов брюшной полости</u> , на которой могут быть видны чаши Клойбера, горизонтальные уровни жидкости и арки воздуха; – рентгенологическое исследование с использованием контраста (<u>рентгенографию пассажа бария по тонкому кишечнику, ирригографию</u>); – <u>УЗИ и МСКТ органов брюшной полости</u>	
4.	Тактика фельдшера. Вызвать скорую помощь для транспортировки пациента в хирургический стационар для проведения хирургического лечения	
5.	Принципы лечения данной патологии. Лечение обтурационной кишечной непроходимости предполагает устранение причины этой патологии. При наличии опухолевого процесса лечение обычно комбинированное, может включать химио- и лучевую терапию, резекционное оперативное вмешательство. Объем операции зависит от вида опухоли и стадии онкологического процесса. <u>Удаление доброкачественной опухоли</u> тонкого кишечника обычно сопровождается полным восстановлением проходимости ЖКТ, однако в некоторых случаях может потребовать <u>резекции кишки</u> с наложением <u>межкишечного анастомоза</u> . Злокачественные опухоли обычно требуют наложения <u>стомы</u>	

Ситуационная задача 89

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Пострадавший мужчина, 25 лет, доставлен в стационар с места автоаварии. Предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, тошноту. Не помнит, что с ним случилось, отвечает, что была потеря сознания, однократная рвота. При беседе пострадавший несколько заторможен.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычного цвета и влажности. Пульс 68 уд. в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Зрачки одинаково реагируют на свет, движения в конечностях не нарушены, болевая и тактильная чувствительность сохранены.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте предположительный диагноз.
3. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 89

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3

1.	Постановка диагноза: Предположительный диагноз. Закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – жалоб: на кратковременную потерю сознания, заторможенность; головную боль, головокружение, шум в ушах, тошноту, однократную рвоту; – анамнеза: ретроградная амнезия; объективных данных: зрачки одинаково реагируют на свет, движения в конечностях не нарушены, болевая и тактильная чувствительность сохранена, показатели гемодинамики в пределах нормы	
3.	Тактика фельдшера по ведению пациента: необходима госпитализация в отделение нейрохирургического профиля	
4.	Принципы лечения: – режим постельный; – медикаментозное лечение направленно на нормализацию функционального состояния головного мозга (снятие головной боли, головокружения, беспокойства и др. жалоб); – назначают анальгетики, седативные и снотворные средства	
5.	Рекомендации по профилактике: для предупреждения возможных осложнений в процессе выздоровления и реабилитации показано диспансерное наблюдение на протяжении одного года у невролога по месту жительства	

Ситуационная задача 90

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

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 тактику фельдшера по ведению пациента.
4. Назовите дополнительные методы диагностики.

5. Определите принципы лечения.
6. Дайте рекомендации по профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 90

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. – Предположительный диагноз. Закрытая черепно-мозговая травма, травматическое субарахноидальное кровоизлияние.	
2.	Диагноз поставлен на основании: – жалоб на головную боль, тошноту, однократную рвоту, головокружение, общую резкую слабость, кратковременную потерю сознания; – данных анамнеза: был избит неизвестными, потерял сознание и очнулся только при приезде бригады скорой помощи; – объективных данных неврологического обследования: ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского, горизонтальный нистагм, сухожильные рефлексы повышены, зоны рефлексов расширены, определяется симптом Бабинского слева, гипестезия (снижение болевой чувствительности по гемитипу слева)	
3.	Тактика фельдшера: необходима госпитализация в отделение нейрохирургического профиля	
4.	Дополнительные методы диагностики: – рентгенография черепа в 2-х проекциях; – эхоэнцефалография; – компьютерная томография головного мозга; – МРТ (магнитно-резонансная томография) головного мозга – по показаниям	
5.	Принципы лечения: – режим постельный; – медикаментозное лечение направленно на нормализацию функционального состояния головного мозга (снятие головной боли, головокружения, беспокойства и др. жалоб); – назначают анальгетики, седативные и снотворные средства	

Ситуационная задача 91

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вызов фельдшера ФАП на дом к беременной женщине. Женщина приехала к родственникам из Казахстана. Беременность в сроке 36-37 недель, предъявляет жалобы на головную боль, снижение зрения, тошноту и рвоту.

Анамнез: менструальная функция без особенностей. Соматически здорова. С 30 недель беременная прибавила 6 кг массы тела. Две недели назад появились отеки нижних конечностей и повышение АД до 130/90 мм рт. ст. Принимала таблетки валерианы и папазола.

Объективно: пульс 80 уд./мин., ритмичный. АД 170/100, 170/110 мм рт. ст., выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода 136 уд./мин., ясное.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Определите тактику ведения пациентки.
4. Назовите объем доврачебной помощи при данном состоянии.
5. Назовите меры профилактики данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 91

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 36-37 недель. Тяжелая преэклампсия	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании симптомов: – повышение АД до 170/100, 170/110 мм рт. ст., – выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Показатели АД и степень выраженности отеков говорят о степени тяжести преэклампсии	
3.	Тактика ведения: пациентка нуждается в оказании неотложной помощи и экстренной госпитализации в родильный дом ЦРБ для уточнения диагноза и определения тактики лечения. – в приемный покой вызывается врач анестезиолог-реаниматолог, который начинает оказывать помощь; – обеспечить венозный доступ; – пациентка госпитализируется в ОРИТ; – дальнейшее ведение тяжелой преэклампсии должно обеспечиваться одновременно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом	
4.	Доврачебная помощь при преэклампсии: – оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода; – обеспечить венозный доступ: периферическая вена; – ввести магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно на физиологическом растворе (за 10 мин.) через инфузомат со скоростью 2 г/час (22 капли/час). – при АД выше 140/90 мм рт. ст. – гипотензивная терапия: метилдофа, нифедипин; – госпитализация в ПИТ; – при госпитализации пациентки с ПЭ линейной бригадой СМП, последняя должна оповестить акушерский стационар, куда транспортируется пациентка	
1	2	3
5	Профилактика преэклампсии:	

	– выделить группу риска беременных по преэклампсии; – режим труда и отдыха; – нормосолевая и нормоводная диета, сбалансированная по содержанию белка; – отказ от курения, приема алкоголя; – по назначению врача беременным группы риска по ПЭ рекомендовано: низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75 мг в день), за 12 недель до родов, по показаниям – назначение препаратов Са	
--	---	--

Ситуационная задача 92

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП вызвана на дом к пациентке 36 лет, предъявлявшей жалобы на боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в прямую кишку, промежность, возникли внезапно 1 час назад, когда женщина почувствовала резкую боль слева в подвздошной области. Одновременно возникла резкая слабость, холодный пот, была кратковременная потеря сознания. Менструальная функция без особенностей.

Последняя нормальная менструация 1,5 месяца назад. Считала себя беременной, собиралась обратиться к врачу для прерывания беременности. В анамнезе 2 нормальных родов, 2 медицинских аборта. В течение 10 последних лет страдает хроническим двухсторонним аднекситом, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 104 уд./мин., слабого наполнения. При пальпации передней брюшной стенки – напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, перкуторно определяется притупление звука в отлогах местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к женщине.
4. Назовите объем доврачебной помощи при данной патологии.
5. Назовите дополнительные методы обследования, при помощи которых можно подтвердить предположительный диагноз.

Эталон решения ситуационной задачи 92

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Прервавшаяся левосторонняя внематочная беременность	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – Наличия жалоб на боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, которые появились внезапно и сопровождались потерей сознания; – данных анамнеза: задержка менструации на 1,5 месяца, наличие хронического двухстороннего аднексита в анамнезе;	
1	2	3

	– данных объективного исследования: напряжение мышц передней брюшной стенки; положительный симптом Щеткина-Блюмберга; пониженное АД, частый слабый пульс; притупление перкуторного звука, что говорит о наличии свободной жидкости (предположительно кровь) в брюшной полости	
3.	Тактика фельдшера. Учитывая тяжесть состояния пациентки и угрозу жизни, необходимо срочно транспортировать на носилках в ближайшую больницу для оказания квалифицированной хирургической помощи	
4.	Доврачебная помощь: – опустить головной конец для увеличения притока крови к головному мозгу; – положить пузырь со льдом на гипогастральную область; – контролировать пульс, давление, дыхание, сознание; – начать инфузионную терапию (в/в введение физиологического раствора)	
5.	Дополнительные методы обследования: – УЗИ (отсутствие трофобласта в матке); – положительная реакция на ХГЧ; – диагностическая пункция брюшной полости через задний свод влагалища.	

Ситуационная задача 93

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет, с жалобами: на потерю аппетита, рвоту до 10 раз в сутки, не связанную с приемом пищи.

Из анамнеза: менструации с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца назад. Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 90 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены.

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

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Оцените состояние пациентки.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Назовите дополнительные методы исследования данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 93

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Диагноз поставлен правильно: беременность 12 недель, ранний	

	гестоз, умеренная рвота	
1	2	3
2.	Обоснование диагноза Диагноз поставлен с учетом: – беременность на основании анамнеза (задержка менструации в течение 12 недель), объективных данных (молочные железы напряжены, слизистые влагалища, и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена) вероятным признакам беременности. – ранний гестоз, умеренная рвота на основании жалоб (потеря аппетита и рвота 10 раз в сутки), объективных данных (кожные покровы сухие, тахикардия, гипотония)	
3.	Состояние пациентки: средней тяжести	
4.	Тактика фельдшера: пациентка нуждается в госпитализации в отделение патологии беременности гинекологического отделения стационара для уточнения диагноза и определения тактики лечения	
5.	Дополнительные методы исследования: - Лабораторные методы диагностики: – общий анализ крови, – биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, креатинин), – коагулограмма, – общий анализ мочи, – проба по Зимницкому, – определение группы крови и резус фактора. - Инструментальные методы диагностики: – мониторинг АД, – кардиотокография плода, – УЗИ	

Ситуационная задача 94

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вызов фельдшера ФАП на дом к беременной женщине 20 лет, которая предъявляет жалобы: на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад.

Из анамнеза: срок беременности 39-40 недель, беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг, АД 120/80 мм рт. ст. Живот овоидной формы. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой боковой стороне – мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз пальпируется крупная, плотная, ballotирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту, справа ниже пупка.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода.
3. Перечислите факторы, способствующие раскрытию шейки матки
4. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода
5. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.

Эталон решения ситуационной задачи 94

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Беременность 39-40 недель, первые срочные роды, первый период родов, II позиция плода, головное предлежание	
2.	Обоснование диагноза Диагноз поставлен с учетом: – беременность на основании анамнеза (срок беременности 39-40 недель, беременность первая); – продольное положение плода, т.к. с одной стороны матки поверхность гладкая, широкая, с другой – мелкие подвижные бугорки; – II позиция, т.к. в правой боковой стороне пальпируется гладкая, широкая поверхность матки и сердцебиение плода выслушивается справа; – предлежащая часть – головка, т.к. пальпируется крупная плотная, баллотирующая часть и сердцебиение выслушивается ниже пупка	
3.	Факторы, способствующие раскрытию шейки матки: – родовые схватки; – околоплодные воды; – плодный пузырь. Различия в сглаживании и раскрытии канала шейки матки заключаются в следующем: у первородящих – вначале идет раскрытие внутреннего зева, далее шейка укорачивается и полностью сглаживается, и раскрывается наружный зев. У повторнородящих – наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева и сглаживанием шейки матки	
4.	Допустимая кровопотеря составляет 0,5% от массы роженицы – 320 мл. Предполагаемая масса плода: окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см ($100 \times 34 = 3400$ г)	
5.	Тактика фельдшера ФАП: вызов бригады скорой помощи для госпитализации пациентки в родильный дом	

Ситуационная задача 95

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП 5 мая обратилась женщина 24 лет с жалобами на задержку месячных. Последняя менструация была с 15 по 19 марта. Пациентку беспокоит тошнота и рвота по утрам. Замужем в течение 6-ти месяцев. От беременности не предохранялась.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 56 кг. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Акушерский осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки и слизистая влагалища цианотичные. Матка увеличена до размеров женского кулака, размягчена, особенно в области перешейка, наклонена кпереди. Придатки не пальпируются. Выделения умеренные, светлые.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Перечислите специалистов, консультацию которых должна получить беременная.
5. Назовите предположительные признаки беременности

Эталон решения ситуационной задачи 95

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза и его обоснование. Предположительный диагноз. Беременность 8 недель	
2.	Обоснование диагноза: – наличие предположительных признаков беременности: тошнота, рвота по утрам; – наличие вероятных признаков беременности: задержка менструации, цианоз шейки матки и слизистой влагалища, увеличение матки до размеров женского кулака	
3.	Тактика фельдшера: 1. собрать анамнез; 2. провести антропометрию; 3. измерить наружные размеры таза; 4. заполнить форму 111/у (индивидуальная карта беременной); 5. дать направления на анализы: – общий анализ крови и мочи; – определение группы крови и резус-принадлежности; – анализ крови на RW, ВИЧ, вирусный гепатит В и С; – микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, грибы рода кандиды; 6. назначить следующую явку через 10 дней	
4.	Консультации врачей: – терапевта – не менее двух раз; – стоматолога – не менее двух раз; – отоларинголога, офтальмолога не менее одного раза; – других врачей по показаниям, с учетом сопутствующей патологии	
5.	Предположительные признаки беременности: – тошнота, рвота, потеря аппетита, вкусовые прихоти; – изменение обонятельных ощущение; – утомляемость, раздражительность, сонливость; – пигментация кожи лица, белой линии живота, сосков и ореол; – появление рубцов беременности; – увеличение живота	

Ситуационная задача 96

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Повторный вызов фельдшера к пациентке 16 лет, которая в течение 3-х дней лечится по поводу острого тонзиллита. Больная жалуется на усиление боли в горле, больше справа, затруднение глотания, неприятный запах изо рта, общую слабость, новый подъем температуры до 38,9⁰ С.

Объективно: Состояние тяжелое. Открывание рта затруднено, обильное слюноотечение. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены справа, болезненные при пальпации. Правая подчелюстная область резко болезненна.

В зеве асимметрия мягкого неба, миндалина справа выбухает к средней линии, над ней определяется участок уплотнения, через слизистую оболочку просвечивает беловатое содержимое – гной.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите причины развития данного заболевания.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 96

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Предположительный диагноз. Паратонзиллярный абсцесс справа	
2.	Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании: – заболевание развилось на фоне ангины; – односторонний процесс; – характерных жалоб на усиление боли в горле, больше справа, затруднение глотания, неприятный запах изо рта; – усиления интоксикации (общая слабость, новый подъем температуры до 38,9 ⁰ С); – данных осмотра (в зеве асимметрия мягкого неба, миндалина справа выбухает к средней линии, над ней определяется участок уплотнения, через слизистую оболочку просвечивает беловатое содержимое – гной)	
3.	Причины паратонзиллярного абсцесса. Паратонзиллярный абсцесс, как правило, является осложнением стрептококковой <u>ангины</u> (острого тонзиллита), а также стрептококкового <u>фарингита</u>	
3.	Тактика фельдшера. Экстренная госпитализация в ЛОР-отделение или хирургическое отделение	
4.	Пациентам с паратонзиллярным абсцессом рекомендуется госпитализация	
5.	Принципы лечения паратонзиллярного абсцесса: – производится хирургическое вскрытие абсцесса в месте наибольшего выбухания под местным обезболиванием. Полость абсцесса промывается дезинфицирующим раствором	

	в течение нескольких дней, до полного очищения; – назначают антибактериальную терапию, при необходимости – обезболивающие, жаропонижающие препараты; – из местного лечения применяют полоскание горла различными антисептиками; – на стадии стихания воспаления для ускорения заживления назначают физиотерапевтическое лечение	
--	--	--

Ситуационная задача 97

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП обратился мужчина 28 лет с жалобами: на боль в нижней челюсти, невозможность закрыть рот. Поясняет, что упал и ударился подбородком сутки назад.

Объективно при внешнем осмотре: асимметрия лица за счет смещения нижней челюсти, рот открыт, из угла рта слюнотечение. При пальпации резкая боль в области тела нижней челюсти слева, симптом «ступеньки», патологическая подвижность челюсти. АД 130/80 мм рт. ст., температура 37,5° С, пульс 92 уд./мин.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
4. Назовите дополнительные методы исследования.
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 97

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование Предварительный диагноз: перелом тела нижней челюсти справа. Диагноз поставлен на основании: – жалоб: на боль в нижней челюсти, невозможность закрыть рот; – анамнеза: упал и ударился подбородком сутки назад; – объективных данных: наличие абсолютных признаков перелома (симптом «ступеньки», патологическая подвижность челюсти, асимметрия лица за счет смещения нижней челюсти)	
2.	Тактика фельдшера: срочная госпитализация в хирургическое отделение, если есть возможность – в отделение челюстно-лицевой хирургии	
3.	Алгоритм оказания доврачебной помощи: – приложить холод к верхней челюсти; – наложить повязку типа «уздечка»	
4.	Дополнительные исследования: – общий анализ крови; – рентгенография нижней челюсти	
5.	Возможные осложнения данного заболевания: – формирование ложного сустава; – нагноение костных отломков;	

	– абсцесс, флегмона подчелюстной области	
--	--	--

Ситуационная задача 98

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 32 лет с жалобами: на нарастающую пульсирующую боль в области 21 зуба, который был разрушен около 5 лет назад, ранее были ночные боли, затем боли при надкусывании.

Объективно: при внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет сглаженности носогубной складки справа. При осмотре полости рта: коронка 21 зуба разрушена, глубокая кариозная полость, слизистая вокруг 21 зуба гиперемирована, отечная, по переходной складке в проекции верхушки 21 зуба имеется выбухание, резко болезненное при пальпации и с флюктуацией в центре.

Кожные покровы обычной окраски, влажные, температура 37,5° С. Пальпируются увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 92 уд./мин., АД 130/80 мм рт. ст.

Вопросы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
3. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
4. Назовите дополнительные методы исследования.
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 98

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование Предварительный диагноз: абсцесс левой верхней челюсти. Диагноз поставлен на основании: – жалоб: на нарастающую пульсирующую боль в области 21 зуба, ночные боли, боли при надкусывании; – анамнеза: зуб разрушен около 5 лет назад, ранее беспокоил; – объективных данных: асимметрия лица, сглаженность носогубной складки, болезненная пальпация и флюктуация в области 21 зуба	
2.	Тактика фельдшера: срочная госпитализация в хирургическое отделение, если есть возможность – в отделение челюстно-лицевой хирургии	
3.	Алгоритм оказания доврачебной помощи: – приложить холод к верхней челюсти; – наложить повязку типа уздечка	
4.	Дополнительные исследования: – общий анализ крови; – рентгенография левой верхней челюсти	
5.	Возможные осложнения данного заболевания: – флегмона; – остеомиелит верхней челюсти; – сепсис; – менингит; – медиастенит	

Ситуационная задача 99

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП обратилась пациентка М. 64 лет. Со слов пациентки ее периодически беспокоят боль в области бровей, радужные круги при взгляде на источник света, головная боль, снижение зрения.

Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре глаз: увеличение размеров роговицы обоих глаз, при пальпации тонус глазных яблок повышен.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
4. Определите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 99

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование Предварительный диагноз: глаукома При обосновании диагноза: – отмечен типичный для развития глаукомы возраст пациента; – выявлены основные жалобы: боль в области бровей, радужные круги при взгляде на источник света, головная боль, снижение зрения; – объективно определено увеличение размеров роговицы обоих глаз, при пальпации тонус глазных яблок повышен	
2.	Необходимые дополнительные исследования: – визометрия – исследование остроты зрения при помощи таблицы или проектора знаков, – осмотр глазного дна (офтальмоскопия), – исследование полей зрения (периметрия), – измерение внутриглазного давления (тонометрия)	
3.	Тактика фельдшера по ведению пациента: необходима консультация офтальмолога для оказания специализированной помощи	
4.	Принципы лечения: – режим свободный; – диета с ограничением соли, жирных сортов мяса, копченостей, с достаточным содержанием овощей, фруктов; – инстилляции простагландинов (лантопрост), β - адреноблокаторов (тимолол), комбинированных препаратов (травопрост с тимололом); – лазерное лечение; – хирургическое лечение	
5.	Рекомендации по профилактике: – ранняя диагностика заболевания; – лечение внутриглазной гипертензии	

Ситуационная задача 100

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП обратился пациент М. 65 лет. Со слов пациента, в течение полугода отмечает снижение зрения, которое прогрессирует, «видит, как бы через запотевшее стекло», при чтении возникает необходимость в дополнительном освещении.

Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре глаз: кожа век не изменена, конъюнктивы без особенностей, в области зрачка легкое помутнение.

Вопросы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите тактику фельдшера по ведению пациента.
4. Назовите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по вторичной профилактике.

Эталон решения ситуационной задачи 100

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование Предположительный диагноз: катаракта При обосновании диагноза: – отмечен типичный для развития катаракты возраст пациента; – выявлены основные жалобы: на прогрессирующее снижение зрения («видит, как бы через запотевшее стекло», при чтении возникает необходимость в дополнительном освещении); – объективно определено легкое помутнение в области зрачка	
2.	Необходимые дополнительные исследования: – визометрия – исследование остроты зрения при помощи таблицы или проектора знаков, – осмотр глазного дна (офтальмоскопия), – исследование полей зрения (периметрия), – измерение внутриглазного давления (тонометрия)	
3.	Тактика фельдшера по ведению пациента: необходима консультация офтальмолога для оказания специализированной помощи	
4.	Принципы лечения: – режим свободный; – диета с ограничением соли, жирных сортов мяса, копченостей, с достаточным содержанием овощей, фруктов; – в начальную стадию – инстилляцией препаратов улучшающих обмен веществ (офтан-катохром, квинакс, рибофлавин, витамин-йодурол); – хирургическое лечение	
5.	Рекомендации по вторичной профилактике: – профилактика послеоперационных осложнений; – соблюдение рекомендованного режима; – закапывание капель	

Раздел 3.

ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ

И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ситуационная задача 101

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП при посещении ребенка 3-хнедельного возраста обнаружил на коже туловища малыша в области шеи и передней поверхности грудной клетки мелкоточечную сыпь розового цвета.

Состояние удовлетворительное, Т тела 36,7 гр. С, сосет активно.

В комнате, где находится ребенок, душно, жарко. Т воздуха + 28,0⁰ С. Ребенок одет в теплый костюмчик с начесом, на ногах – шерстяные носки, укрыт одеялом.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите возможные причины заболевания. Что привело к его развитию в данном конкретном случае?
4. Назначьте лечение.
5. Дайте советы по профилактике данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 101

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза. Потница	
2.	Обоснование диагноза: – характер сыпи – мелкоточечная, розового цвета; – связь с перегреванием; – отсутствие симптомов интоксикации	
3.	Возможные причины заболевания – следствие усиленного потоотделения, возникающее при перегревании ребенка. В данном конкретном случае имеет место высокая Т окружающей среды (+ 28,0 ⁰ С) и несоответствие Т окружающей среды одежде (излишнее укутывание)	
4.	Лечение. 1. Устранить причину. 2. На несколько дней отказаться от памперсов. 3. Ежедневно проводить гигиеническую ванну. 4. Лечебные ванны, например, с отваром ромашки. 5. Воздушные ванны 2-3 раза в день. 6. В течение дня протирать кожу ребенка ватными дисками, смоченными в кипяченой воде, влажными детскими салфетками. 7. Проблемные участки кожи можно протирать смоченным в 2% растворе соды ватным диском	
5.	Советы по профилактике: – поддержание Т воздуха в помещении + 22-24 гр. С; – обеспечение соответствия одежды Т окружающего воздуха; – использование одежды и постельного белья из натуральных тканей; – гигиенический уход за кожей	

Ситуационная задача 102

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП проводит патронаж к ребенку 3-х недельного возраста. Жалоб мама не предъявляет. Вскармливание грудное, молока достаточно, сосет активно.

Объективно: состояние удовлетворительное, Т тела 36, 6 °С. На коже в области паховых складок и вокруг ануса умеренно выраженная гиперемия кожи без четких границ.

При беседе с мамой выяснилось, что ребенок часто и подолгу лежит в мокрых пеленках (т.к. с ее слов, «его это не беспокоит»).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите возможные причины заболевания. Что привело к его развитию в данном конкретном случае?
4. Назначьте лечение.
5. Дайте советы по профилактике данного состояния.

Эталон решения ситуационной задачи 102

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза Диагноз: опрелости I степени	
2.	Обоснование диагноза: – типичная локализация – естественные складки кожи; – связь с дефектами ухода; – отсутствие симптомов интоксикации; – изменения со стороны кожи в виде ее гиперемии	
3.	Возможные причины заболевания – возникают в естественных складках кожи вследствие ее раздражения при нарушениях ухода за ребенком. В данном конкретном случае ребенок часто и подолгу лежит в мокрых пеленках	
4.	Лечение. 1. выяснить и устранить причину; 2. соблюдение основных гигиенических правил, которые являются и профилактикой: – регулярная смена пелёнок; – регулярная смена одноразовых подгузников, ребёнок не должен находиться в одном подгузнике более трёх часов; – обязательное подмывание с мылом после каждой смены пелёнок или одноразовых подгузников, гигиеническими влажными салфетками стоит пользоваться только в крайнем случае, когда нет возможности подмыть малыша; – проведение 2-3 раза в день воздушных ванн, – обработка кожных складок детским растительным маслом, детским кремом; – детское бельё стирать специальными моющими средствами для детей грудного возраста, тщательно прополаскивать, проглаживать бельё с двух сторон	
5.	– Советы по профилактике – см. п.4	

Ситуационная задача 103

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – фельдшер ФАП, проводите патронаж к ребенку 18-дневного возраста. При осмотре выявлено: пупочная ранка покрыта корочкой, при снятии – выделения серозного характера. Края ранки и кожа вокруг пупка не изменены.

Общее состояние удовлетворительное, Т тела 36,6⁰ С, сосет активно, по органам – без изменений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите принципы профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 103

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза Диагноз: омфалит катаральный	
2.	Обоснование диагноза: – процесс заживления пупочной ранки затянулся; – пупочная ранка покрыта корочкой, при снятии – выделения серозного характера; – отсутствие симптомов интоксикации	
3.	Тактика фельдшера: ребенок лечится дома. – проводятся активные ежедневные патронажи к новорожденному до выздоровления; – подается экстренное извещение в ЦГСЭН; – проводится термометрия 2 раза в день; – назначается лечение.	
4.	Лечение: проведение 3 - 4 раза в день туалета пупочной ранки: – промывание ее 3 % раствором перекиси водорода; – прижигание 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени	
5.	Профилактика: – соблюдение правил гигиенического ухода за новорожденным; – проведение 1 раз в день туалета пупочной ранки после отпадения пуповинного остатка до момента заживления пупочной ранки	

Ситуационная задача 104

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП при проведении патронажа обнаружил у 10-дневного ребенка выделения из пупочной ранки гнойного характера. Края ранки уплотнены, кожа вокруг гиперемирована. Ребенок вялый, при проведении термометрии – Т тела 37, 3⁰ С. Сосет неохотно, срыгивает.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.

3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите источники и пути передачи инфекции по развитию данной патологии в неонатальном периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 104

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Диагноз: омфалит гнойный	
2.	Обоснование диагноза: – гнойный характер выделений из пупочной ранки, уплотнение краев, гиперемия кожи вокруг ранки; – наличие симптомов интоксикации (ребенок вялый, субфебрильная Т, нарушение сосания)	
1	2	3
3.	Тактика фельдшера: ребенок лечится в условиях стационара. – организация госпитализации ребенка; – подается экстренное извещение в ЦГСЭН	
4.	Принципы лечения: Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – проведение 3-4 раза в день туалета пупочной ранки: – промывание ее 3 % раствором перекиси водорода; – прижигание 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени	
5.	Источники и пути передачи инфекции в неонатальном периоде. Источниками инфекции могут быть: медицинский персонал (транзиторные носители); мать (матери) – больные, носители; больные новорожденные; после выписки из р/д – члены семьи, контактирующие с ребенком (больные, носители). Пути передачи инфекции: аэрогенный; контактный	

Ситуационная задача 105

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

При проведении патронажа к новорожденному ребенку 12-дневного возраста фельдшер ФАП обнаружил у ребенка гнойные выделения из обоих глаз, веки гиперемированы и несколько отечны. Со слов мамы, эти явления появились 2 дня назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное, Т тела 36,8⁰ С, сосет активно, со стороны внутренних органов – без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.

5. Назовите источники и пути передачи инфекции по развитию данной патологии в неонатальном периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 105

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза. Диагноз: гнойный конъюнктивит	
2.	Обоснование диагноза: наличие гнойных выделений из обоих глаз, гиперемия и отечность век	
3.	Тактика фельдшера: ребенок лечится дома. – проводятся активные ежедневные патронажи к новорожденному до выздоровления; – подается экстренное извещение в ЦГСЭН; – проводится термометрия 2 раза в день; – назначается лечение.	
1	2	3
4.	Лечение: – промывание глаз раствором фурацилина или свежесваренным чаем несколько раз в день (по мере скопления гноя); – закапывание в глаза 20% - 30% раствора сульфацил-натрия (альбуцида) или закладывание в глаза эритромициновой или тетрациклиновой глазной мази 2 - 3 раза в день	
5.	Источники и пути передачи инфекции в неонатальном периоде. Источниками инфекции могут быть: медицинский персонал (транзиторные носители); мать (матери) – больные, носители; больные новорожденные; после выписки из р/д – члены семьи, контактирующие с ребенком (больные, носители). Пути передачи инфекции: аэрогенный; контактный	

Ситуационная задача 106

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вызов фельдшера к ребенку 10-дневного возраста.

Ребенок родился от I беременности, во время которой женщины отмечалось обострение хронического пиелонефрита при сроке беременности 24 – 26 недель.

В настоящее время мама жалуется на общую вялость ребенка и вялость сосания, срыгивания после кормления и появление у малыша «какой-то сыпи».

При осмотре: Т тела 37,6° С. На коже лица, туловища множественные пузырьки диаметром 1 – 2 мм, заполненные серозным или гнойным содержимым, окруженные воспалительным ободком.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите факторы риска по развитию данной патологии в антенатальном периоде.

Эталон решения ситуационной задачи 106

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Диагноз: везикуллопустулез	
2.	Обоснование диагноза: – наличие на коже лица и туловища множественных везикул и пустул; – наличие симптомов интоксикации (ребенок вялый, субфебрильная Т, нарушение сосания); – наличие в анамнезе фактора риска – обострение хронического пиелонефрита при сроке беременности 24 – 26 недель	
3.	Тактика фельдшера: ребенок лечится в условиях стационара. – организация госпитализации ребенка; – подается экстренное извещение в ЦГСЭН	
1	2	3
4.	Принципы лечения: Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – прижигание элементов сыпи 1 – 2 раза в день 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени	
5.	Факторы риска по развитию гнойно-септических заболеваний новорожденных в антенатальном периоде: – перенесенное острое инфекционное заболевание бактериальной этиологии во время беременности; – наличие у беременной хронической экстрагенитальной патологии воспалительного характера; – наличие у беременной хронических гинекологических заболеваний воспалительного характера	

Ситуационная задача 107

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Три дня назад, осматривая новорожденного ребенка 10-тидневного возраста, фельдшер ФАП отметил у него явления полового гормонального криза в виде физиологической мастопатии.

Сегодня к этому ребенку вызов на дом. Мама предъявила жалобы на повышение Т тела до 38,2⁰ С, беспокойство малыша, отказ от груди.

При осмотре: в области правой грудной железы инфильтрат багрово-синюшного цвета, из выводных протоков при надавливании гнойное отделяемое.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера ФАП в данной ситуации.
4. Назовите принципы лечения.
5. Дайте рекомендации по уходу за ребенком при проявлениях полового гормонального криза в виде мастопатии.

Эталон решения ситуационной задачи 107

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Постановка диагноза Диагноз: гнойный мастит	
2.	Обоснование диагноза: – наличие инфильтрата в области правой грудной железы; – наличие симптомов интоксикации (Т тела до 38,2 ⁰ С, беспокойство малыша, отказ от груди); – развитие на фоне физиологического мастита	
3.	Тактика фельдшера: ребенок лечится в условиях стационара. – организовать госпитализацию ребенка; – подать экстренное извещение в ЦГСЭН	
1	2	3
4.	Принципы лечения: Ребенок находится с матерью в отдельном боксе; соблюдение санэпидрежима, тщательный гигиенический уход; охрана и поощрение грудного вскармливания. Медикаментозное лечение: А) Общее – антибактериальная терапия. Б) Местное – хирургическое вскрытие гнойника с последующим применением антисептических, антибактериальных и способствующих заживлению средств	
5.	Рекомендации по уходу за ребенком при проявлениях полового гормонального криза в виде мастопатии: гигиенические меры профилактики инфицирования (чистота детского белья, нельзя выдавливать содержимое из молочных желез)	

Ситуационная задача 108

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

У новорожденного ребенка, родившегося от III беременности, II родов, через 2 часа после рождения появилось желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых.

В течение последующих нескольких часов состояние ребенка ухудшилось, ребенок стал вялым, перестал сосать, желтуха усилилась, появилась гепатоспленомегалия.

Уровень билирубина в крови через 4 часа после рождения – 138 ммоль/л.

Группа крови – B(III) Rh(-), группа крови ребенка B(III) Rh(+).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите принципы лечения данного заболевания.
4. Назовите особенности диспансерного наблюдения за данной женщиной во время беременности.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком, перенесшим данное заболевание.

Эталон решения ситуационной задачи 108

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
----------	--------------------	--------------------------

1	2	3
1.	Постановка диагноза Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма	
2.	Обоснование диагноза: – группа крови матери – В(III) Rh(-), группа крови ребенка В(III) Rh(+); – появление желтушного окрашивания кожи и видимых слизистых через 2 часа после рождения; – нарастание желтухи на фоне интоксикации (стал вялым, перестал сосать); – гепатоспленомегалия; – повышение уровня билирубина в крови через 4 часа после рождения до 138 ммоль/л	
1	2	3
3.	Принципы лечения: А) Оперативное лечение: проведение ЗПК (заменного переливания крови). Б) Консервативное: – инфузионная терапия – внутривенное вливание белковых препаратов, глюкозы; – для ускорения выведения билирубина из организма и улучшения функции печени назначают фенobarбитал, желчегонные средства, витамины С, Е, группы В; – фототерапия; – кормление начинают через 2-6 часов после рождения донорским молоком до исчезновения изоантител в молоке матери	
4.	Особенности диспансерного наблюдения за данной женщиной во время беременности: у беременных женщин с Rh- отрицательной кровью определяют: – титр антител в крови (не менее 3-х раз); – уровень билирубина в околоплодных водах, взятых при сроке 30 – 32 недели беременности	
5	План диспансерного наблюдения за ребенком: – осмотр невропатологом в 1 месяц, если назначено лечение – контроль его проведения; – ОАК в 1 и 3 месяца; – индивидуальный план профилактических прививок	

Ситуационная задача 109

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП принимает роды на дому.

У женщины I беременность, протекавшая с угрозой прерывания в 16 и 24 недели. С 28 недель беременности была выявлена железодефицитная анемия, по поводу которой назначались препараты железа (фенюльс).

Роды I, срочные, при сроке 39 недель беременности. Продолжительность 1-ого периода 3 часа 45 минут, 2-ого периода – 20 минут, безводный период – 25 минут, воды окрашены меконием.

Родилась девочка с массой тела 3350 г, ростом 51 см. оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричала сразу, но слабо. В течение 1-ой минуты – дыхание нерегулярное, периоральный цианоз.

1. Оцените акушерский анамнез.
2. Оцените состояние ребенка при рождении.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному.
5. Определите дальнейшую тактику фельдшера в сложившейся ситуации.

Эталон решения ситуационной задачи 109

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Оценка акушерского анамнеза. Акушерский анамнез отягощен: угроза прерывания в 16 и 24 недели, железодефицитная анемия с 28 недель беременности – факторы риска по внутриутробной гипоксии плода	
1	2	3
	Роды стремительные. Околоплодные воды окрашены меконием, что свидетельствуют о внутриутробной гипоксии	
2.	Оценка состояния ребенка при рождении. Ребенок доношенный. По шкале Апгар на 1-ой минуте – состояние удовлетворительное (6 баллов), на 5-ой минуте – состояние хорошее (8 баллов). В течение 1-ой минуты – проблемы с дыханием: крик слабый, дыхание нерегулярное, периоральный цианоз	
3.	Диагноз: Асфиксия легкой степени	
4.	Алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному. Необходимо провести начальные действия первичных реанимационных мероприятий: – Поддержание Т тела: ребенка уложить под источник лучистого тепла и обсушить теплой пеленкой. – Придать ребенку положение со слегка запрокинутой головой на спине. – Если в течение 10 сек. не появилось адекватное самостоятельное дыхание, санировать ротовую полость с помощью баллончика или специального катетера для санации верхних дыхательных путей, вводя катетер на глубину до 5 см, продолжительность санации не более 5 сек. – Провести тактильную стимуляцию путем похлопывания новорожденного по стопам или поглаживания по спине в течение не более 10-15 секунд. – Оценить дыхание и ЧСС. При появлении адекватного дыхания и ЧСС 100 и более уд. в 1 мин., розовых или с небольшим акроцианозом кожных покровов – реанимацию прекратить и организовать наблюдение (мониторинг)	
5	Дальнейшая тактика фельдшера в сложившейся ситуации: Вызвать бригаду скорой помощи и госпитализировать женщину и ребенка в родовспомогательное учреждение	

Ситуационная задача 110

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП проводит патронаж к ребенку 3-хнедельного возраста. Мать предъявила жалобы, что ребенок 2-ой день плохо берет грудь, при сосании беспокоится.

При осмотре: на слизистой языка, щек белые творожистые налеты в виде отдельных крупинок. Со стороны внутренних органов – без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите, как должен осуществляться контроль состояния пациента и эффективности проводимого лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 110

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: кандидозный стоматит	
2.	Обоснование диагноза: наличие типичных белых творожистых налетов на слизистой полости рта, характерный возраст - новорожденный ребенок	
3.	Тактика фельдшера: – ребенка лечить амбулаторно (на дому), – наблюдать его ежедневно до выздоровления, – сообщить педиатру в ЦРБ и согласовать с ним лечение, – научить мать обработке полости рта	
4.	Лечение: – устранить причину; – создание щелочной среды в полости рта (орошение 2% раствором бикарбоната натрия – 1 ч.л. пищевой соды на 1 стакан кипяченой воды); – использование местно противогрибковых препаратов – смазывание слизистой 1% раствором кандиды	
5.	Контроль состояния и эффективности лечения. При активных посещениях ребенка осматривать слизистую полости рта, контролировать правильность обработки слизистой матерью. Налеты уменьшаются, слизистая очищается	

Ситуационная задача 111

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – фельдшер детского дошкольного образовательного учреждения.

Воспитатель средней группы привела к Вам ребенка 5 лет, т.к. мальчик капризничал, отказался от обеда, жаловался, что «болит головка и в ротике».

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый, Т – 37,9⁰ С, к осмотру относится негативно. Кожа чистая, бледно-розовой окраски, влажноватая. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы II – III размера, мягкие, умеренно болезненные. ЧДД 22 в 1 мин., пульс 96 уд. в 1 мин. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стула не было.

При осмотре полости рта: на слизистой щеки справа на фоне гиперемии и отечности 3 везикулы, окруженные воспалительным ободком. Миндалины не увеличены, налетов нет. Задняя стенка глотки розовая. Язык сухой, обложен бело-желтым налетом у корня. Изо рта неприятный запах.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера ДДОУ.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите меры предупреждения развития данного заболевания у других членов семьи.

Эталон решения ситуационной задачи 111

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз: герпетический стоматит	
2.	Обоснование диагноза: острое начало заболевания, повышение температуры тела и появление симптомов интоксикации, обнаружение при осмотре на слизистой щеки справа на фоне гиперемии и отечности 3-х везикул, окруженных воспалительным ободком	
3.	Тактика фельдшера ДДОУ: – изоляция ребенка до прихода родителей, – в течение 5-7 дней проведение ежедневного осмотра детей группы с целью выявления признаков заболевания, – в помещениях группы проводят общегигиенические мероприятия, проветривание, дезинфекцию игрушек, посуды	
4.	Лечение: Диета: обильное питье; механическое, термическое и химическое щажение (пища протертая, теплая). Медикаментозное лечение: а) общее: жаропонижающие средства, антигистаминные средства (супрастин и др.), витаминотерапия. б) местное: – полоскание антисептическими растворами: фурациллином, риванолом, настоями (отварами) ромашки, шалфея и др.; – обработка афт противовирусными средствами: 0,25% – 0,5% оксалиновой, 0,25% - 0,5% флореналовой, 5% теоброфеновой, 5% интерфероновой мазями, мазями «Ацикловир», «Завиракс»; – в период угасания болезни – кератопластические средства: аппликации с масляный раствором витамина А, маслом облепихи, шиповника, метиурациловой мазью	
5.	Меры предупреждения развития данного заболевания у других членов семьи: проветривание, влажная уборка в помещении, для ребенка – отдельная посуда, полотенце	

Ситуационная задача 112

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы
Основная часть

На фиксированном приеме здоровых детей на ФАП пришла мать с ребенком 3-хмесячного возраста.

Женщину беспокоит, что малыш в течение последних 10-14 дней стал беспокойным, перестал выдерживать интервал между кормлениями, который составлял 3,0 – 3,5 часа. Последние дни изменился характер стула, он стал коричневато-зеленоватого цвета, с примесью слизи.

Ребенок на грудном вскармливании, за последний месяц поправился на 400 г, в настоящее время весит 4800 г. Масса тела при рождении 3400 г. При контрольном кормлении высасывает 100 мл.

Вопросы:

1. Определите, с чем могут быть связаны предъявляемые жалобы. Как это можно подтвердить?
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Определите степень тяжести, подтвердите свое заключение расчетом.
4. Назовите принципы лечения ребенка.
5. Дайте рекомендации матери по сохранению лактации.

Эталон решения ситуационной задачи 112

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Определите, с чем могут быть связаны предъявляемые жалобы. Жалобы матери, что у ребенка в последние 2-е недели сократился интервал между кормлениями, он стал беспокойным, можно связать с голоданием ребенка, вероятно вследствие нехватки молока из-за развивающейся гипогалактии у матери. Это можно подтвердить путем проведения контрольного кормления (взвешивания). Сделав расчет разового количества пищи необходимого ребенку, и, сравнив с цифрой, полученной при контрольном взвешивании, можно определить, сколько молока по количеству ему не хватает	
2.	Предположительный диагноз. Количественное голодание ребенка может привести к развитию гипотрофии	
3.	Определение степени тяжести. Масса тела долженствующая равна $3400+600+800 + 800(\text{г.})$, т.е. 5600 г. Масса тела фактическая равна 4800 г. Дефицит массы тела равен 800 г или 14,3%, что соответствует гипотрофии I степени	
4.	Лечение: Гипотрофия I степени лечится на дому. Основа лечения – диетотерапия. Суточный V питания = $1/6$ от М.т. долж. = $1/6 \times 5600 = 930$ мл. Разовый объем питания = $930 : 6 = 155$ мл. Доза докорма = $155 - 110 \text{ мл} = 45 \text{ мл}$. Выбираем адаптированную молочную смесь по возрасту, которую вводим постепенно в течение 2-х – 3-х дней (например, 1-ый день – по 15 мл, 2-ой день – по 30 мл, 3-ий день – по 45 мл на каждое кормление). Недостающий V питания восполняем жидкостью, которую вводят при I степени – энтерально в виде глюкозо-солевых растворов (регидрон), слабо заваренного слегка	

	подслащенного чая, овощных отваров и др.	
5.	Рекомендации матери по сохранению лактации – Нормализация режима дня, достаточный сон, отдых, прогулки на свежем воздухе, полноценное питание. – Употребление достаточного количества жидкости: за 10 – 15 мин. до кормления выпить горячий чай с молоком, отвар шиповника, компот и т.д. – Более частое прикладывание к груди. – Проведение душево-массажных процедур. – Посоветовать напитки, приготовленные с использованием растительных стимуляторов лактации (фитотерапия), к которым относятся семена укропа, душица, плоды шиповника, боярышника и др. – Медикаментозное лечение – назначение на 7 – 10 дней метаболического комплекса: апилак, витамин Е, глютаминовая кислота, никотиновая кислота (витамин РР)	

Ситуационная задача 113

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП проводит патронаж к ребенку 2,5 месяцев.

При беседе мама отметила, что последние две недели ребенок стал беспокойным, во сне часто вздрагивает. Несмотря на обычный температурный режим в доме (Т воздуха 22 – 24° С) отмечается повышенная потливость, особенно выраженная во время кормления и сна.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, в подмышечных и паховых складках гиперемия кожи без четких границ, имеет место облысение затылка. Большой родничок 2,5 на 2,5 см, края податливы при пальпации. Головка ассиметричной формы – сплюснута с правой стороны. Со стороны внутренних органов изменений нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите принципы проведения специфической профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 113

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Рахит I степени, острое течение	
2.	Обоснование: Для рахита I степени характерно: – Появление симптомов со стороны н.с.: повышение возбудимости ЦНС (ребенок стал беспокойным, во сне часто вздрагивает); вовлечение в процесс вегетативной н.с. (повышенная потливость, особенно выраженная во время кормления и сна, как следствие – опрелости I степени, облысение затылка);	

	– Вовлечение в процесс костной системы, а именно костей черепа (симптомы остеомалиции: податливость краев большого родничка, головка ассиметричной формы – сплющена с правой стороны). Быстрое нарастание симптомов, возраст ребенка, поражение только костей черепа с преобладанием симптомов остеомалиции свидетельствует в пользу острого течения заболевания.	
3.	Тактика. Ребенок лечится амбулаторно. Необходимо сообщить педиатру ЦРБ, обеспечить его консультацию на ближайшем амбулаторном приеме, согласовать с ним лечение ребенка	
4.	Лечение: Принципы неспецифического лечения: – организация правильного режима дня в соответствии с возрастом ребенка; – достаточное пребывание на свежем воздухе; – рациональное вскармливание (дневной рацион включает грудное молоко); – гигиенический уход за ребенком	
1	2	3
	Принципы специфического лечения: – назначение витамина D с лечебной целью в дозе 2000 МЕ в день, курсом 30 дней, с последующим переходом на поддерживающую = профилактическую дозу; – препараты Са на 2 – 3 недели, например, глицерофосфат Са – по 0,05 2-3 раза в день	
5.	Специфическая профилактика рахита начинается с 3-4 недельного возраста и продолжается до 1-1,5 лет. Она заключается в приеме 500 МЕ витамина D в день, исключая летний период	

Ситуационная задача 114

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На ФАП, под Ваше наблюдение из другой местности прибыл ребенок 7 мес. История развития утеряна при переезде.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, кожа чистая, бледной окраски, большой родничок 2,0 на 2,0 см., края слегка податливы. Отмечается увеличение теменных и лобных бугров, грудная клетка уплощена с боков, на ребрах пальпируются «четки». Умеренно выражена гипотония мускулатуры: ребенок не сидит, не ползает, при попытке посадить выявляется симптом «складного ножа». Со стороны внутренних органов: дыхание пуэрильное, пульс 120 уд. в 1 мин., тоны сердца слегка приглушены, живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 1,0 см. Стул, мочеиспускание – без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите принципы проведения специфической профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 114

№	Выполнение задания	Выполнил/
---	--------------------	-----------

п/п		Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Рахит II степени, подострое течение	
2.	Обоснование: – возраст ребенка (7 месяцев), – наличие выраженных изменений со стороны костной системы (поражение костей черепа: размеры большого родничка, податливость краев и грудной клетки: уплощение с боков, рахитические «четки»), – появление симптомов, свидетельствующих о гипотонии мускулатуры (не сидит, не ползает, симптом «складного ножа»), говорит в пользу рахита II степени . Медленное развитие заболевания, преобладание симптомов остеоидной гиперплазии говорит в пользу его подострого течения	
3.	Тактика. Ребенок лечится амбулаторно. Необходимо сообщить педиатру ЦРБ, обеспечить его консультацию на ближайшем амбулаторном приеме, согласовать с ним лечение ребенка	
1	2	3
4.	Лечение: Принципы неспецифического лечения: – организация правильного режима дня в соответствии с возрастом ребенка; – достаточное пребывание на свежем воздухе; – рациональное вскармливание (дневной рацион включает грудное молоко); – гигиенический уход за ребенком. Принципы специфического лечения: – назначение витамина D с лечебной целью в дозе от 2000 до 5000 МЕ в день, курсом 30 – 45 дней, с последующим переходом на поддерживающую = профилактическую дозу; – препараты Са на 2 – 3 недели, например, глицерофосфат Са – по 0, 05 2-3 раза в день	
5.	Специфическая профилактика рахита начинается с 3-4 недельного возраста и продолжается до 1-1,5 лет. Она заключается в приеме 500 МЕ витамина D в день, исключая летний период	

Ситуационная задача 115

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мальчик, 10 месяцев. Из анамнеза: ребенок от III беременности, протекавшей благоприятно, II родов. При рождении масса тела 3700 г, рост 53 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Вскармливание грудное до 3-х мес., затем без совета врача ребенок был переведен на искусственное вскармливание, в рацион ребенка введена смесь «Малыш» и манная каша. Витамин Д ребенку не давали, соки получал нерегулярно. Перенес 2 раза ОРЗ.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Ребенок бледный. Мышечный тонус снижен. Сидит с опорой на руки, спина круглая. Голова имеет квадратную форму,

выступают лобные и теменные бугры, затылок уплощенный, облысевший. Большой родничок 1,0 на 1,5 см. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие «четки», на руках – «браслетки». Намечается О-образное искривление голеней. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны внутренних органов не выявили. Стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите принципы проведения специфической профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 115

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Рахит III степени, подострое течение	
1	2	3
2.	Обоснование: При обосновании рахита III степени выделено: – возраст ребенка (10 месяцев), – наличие выраженных изменений со стороны костной системы (поражение костей черепа: голова имеет квадратную форму, выступают лобные и теменные бугры, затылок уплощенный, облысевший. Большой родничок 1,0 на 1,5 см. Зубов нет. Поражение костей грудной клетки: уплощение с боков, рахитические «четки», сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие «четки». Поражение трубчатых костей конечностей (на руках – «браслетки», намечается О-образное искривление голеней); – появление симптомов, свидетельствующих о гипотонии мускулатуры (мышечный тонус снижен, сидит с опорой на руки, спина круглая). Медленное развитие заболевания, преобладание симптомов остеонной гиперплазии говорит в пользу его подострого течения	
3.	Тактика. Ребенок лечится амбулаторно. Необходимо сообщить педиатру ЦРБ, обеспечить его консультацию на ближайшем амбулаторном приеме, согласовать с ним лечение ребенка	
4.	Лечение: Принципы неспецифического лечения: – организация правильного режима дня в соответствии с возрастом ребенка; – достаточное пребывание на свежем воздухе; – рациональное вскармливание (дневной рацион включает адаптированную смесь, все виды прикормов: фруктовый сок и пюре, овощное пюре, молочные каши, творог, мясное пюре, кисломолочные продукты); – гигиенический уход за ребенком. Принципы специфического лечения: – назначение витамина D с лечебной целью в дозе от 2000 до	

	5000 МЕ в день, курсом 30 – 45 дней, с последующим переходом на поддерживающую = профилактическую дозу; – препараты Са на 2 – 3 недели, например, глицерофосфат Са – по 0, 05 2-3 раза в день	
5.	Специфическая профилактика рахита начинается с 3-4 недельного возраста и продолжается до 1-1,5 лет. Она заключается в приеме 500 МЕ витамина D в день, исключая летний период	

Ситуационная задача 116

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Ребенку 3 месяца, масса тела 5400 г. У матери вторичная гипогалактия, в связи с этим ребенок переведен на смешанное вскармливание. При контрольном взвешивании высасывает 120 мл грудного молока при 6-тиразовом режиме кормлений.

При назначении адаптированной молочной смеси на коже ребенка появились высыпания: эритема и мокнутие на щеках, эритематозно-папулезные элементы на туловище, опрелости в паховых складках. Сыпь сопровождается зудом, нарушился сон, участился стул.

Мать страдает респираторным поллинозом, у дедушки по линии отца – бронхиальная астма.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите принципы лечения.
4. Дайте рекомендации матери по лечению вторичной гипогалактии.
5. Особенности проведения профилактических прививок.

Эталон решения ситуационной задачи 116

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Атопический дерматит	
2.	Обоснование: – появление у ребенка на коже высыпаний (эритема и мокнутие на щеках, эритематозно-папулезные элементы на туловище, опрелости в паховых складках) в ответ на введение в рацион питания адаптированной молочной смеси, – характерен для аллергических высыпаний зуд, – у ребенка отягощена по атопии (аллергии) наследственность, как по материнской, так и по отцовской линии	
3.	Принципы лечения: – Диетотерапия – противоаллергическая, элиминационная диета матери. – Т.к. проявления аллергии появились в ответ на введение молочной смеси, аллергеном, вероятнее всего, является коровье молоко. Рекомендован подбор другой смеси: либо специализированные кисломолочные смеси («Агуша», «НАН кисломолочный» и др.), либо соевые смеси (Алсой, Энфамил-соя, Фрисосой, Семилак-изомил, Туттели-соя и др.), либо смеси на основе высокого гидролиза молочного белка: Альфаре, Нутримиген и др.	

	– Контроль состояния окружающей среды: противоаллергическая обстановка дома. – Медикаментозное лечение: общее – назначение антигистаминных препаратов; местное – противовоспалительные средства, содержащие ГКС: преднизолон, адвантан, элоком и др.	
4.	Рекомендации матери по лечению вторичной гипогалактии 1. Выяснить причину и по возможности ее устранить. 2. Нормализовать режим дня, обеспечить женщине достаточный сон, отдых, ежедневные прогулки на свежем воздухе. 3. Отрегулировать диету. Порекомендовать употребление достаточного количества жидкости (не менее 1,0 л в день в виде компотов, соков, чая и др.), за 10 – 15 мин. до кормления выпить горячий чай с молоком, отвар шиповника, компот и т.д. 4. Более частое прикладывание к груди. 5. Воздействие на психологический настрой матери. Ориентация всех членов семьи на поддержку ГВ. 6. Контрастный душ на область грудных желез с последующим растиранием груди махровым полотенцем	

1	2	3
	7. Использование растительных стимуляторов лактации (фитотерапия), к которым относятся корни одуванчика, крапива, семена укропа, душица, тмин, сок моркови, плоды шиповника, боярышника и др. Используются специальные чаи с экстрактами лактогенных трав. 8. Медикаментозное лечение: апилак, никотиновая кислота, глютаминовая кислота и др.	
5.	Особенности проведения профилактических прививок. Профилактические прививки проводятся по индивидуальному плану после разрешения педиатра и аллергоиммунолога, на фоне сопроводительной терапии, назначаемой врачом.	

Ситуационная задача 117

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП на вызове у ребенка 6 лет. Заболел остро. Повысилась температура до 39,2⁰ С, жаловался на головную боль, боли «в ножках» (икроножные мышцы). На 2-ой день болезни появилась заложенность носа, затруднение носового дыхания и скудные серозные выделения, жаловался на боли в горле при глотании.

При осмотре: температура 39,8⁰ С. Кожа сухая, розовая, горячая на ощупь, на лице – единичные петехии. На щеках – яркий румянец. Ребенок вялый, капризный, отказывается от еды. Покашливает. В зеве умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Со стороны внутренних органов – над легкими жестковатое дыхание, тахикардия 110 ударов в 1 мин.

Ребенок посещает детский сад. В группе много случаев аналогичного заболевания.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.

3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите принципы проведения специфической профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 117

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. ОРВИ, возможно грипп	
2.	Обоснование: – острое начало заболевания; – выраженный синдром интоксикации (высокая фебрильная лихорадка, вялость, головная боль, боли в икроножных мышцах, геморрагическая петехиальная сыпь); – катаральный синдром по типу фарингита в сочетании с ринитом	
3.	Тактика: ребенок лечится амбулаторно. Фельдшер должен сообщить педиатру ЦРБ, согласовать с ним лечение. Активные посещения до нормализации температуры тела ежедневно, затем 1 раз в 3 дня до выздоровления	
1	2	3
4.	Принципы лечения: Режим – до нормализации Т и улучшения самочувствия постельный или полупостельный. Диета – по возрасту, в первые дни – по аппетиту, обильное теплое питье, особенно щелочное (морсы, чай с лимоном, молоко с медом, минеральная вода без газа). Медикаментозное лечение: – этиотропная – противовирусная терапия, например, детский арбидол с 1 г. до 6 лет – по 0,05 х 4 р. в день; гриппферон по 2 капли в каждый носовой ход 4-5 р. в день; – Эrespал по 1 ч.л. 3 раза в день; – при температуре тела выше 38,5 гр. С парацетамол 10-15 мг/кг 3 р. в день; – полоскание горла антисептическими растворами. – вит.С или поливитамины	
5.	Специфическая профилактика – иммунизация от гриппа детей с 6-месячного возраста, вакцины Гриппол, Гриппо плюс. После вакцинации иммунитет возникает в течение 14 дней, сохраняется на протяжении 6-12 месяцев	

Ситуационная задача 118

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера ФАПа вызвали к ребенку 2,5 лет. Заболел остро. На фоне повышения температуры тела до 38,2⁰ С и нарушения общего состояния (вялость, снижение аппетита) появились грубый «лающий» кашель, осиплость голоса, при беспокойстве ребенка возникает затруднение дыхания, оно становится шумное, стенотическое.

Объективно: дыхание шумноватое, при беспокойстве отмечается незначительное втяжение уступчивых мест грудной клетки. ЧДД 28 в минуту. В зеве – легкая гиперемия и

зернистость задней стенки глотки. Из носа серозное отделяемое. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Со стороны других внутренних органов – без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назовите особенности проведения специализированного сестринского ухода за ребенком.
5. Назовите принципы медикаментозного лечения заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 118

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. ОРВИ – парагрипп. Острый обструктивный ларингит, стеноз I степени	
2.	Обоснование: – острое начало заболевания; – умеренно выраженный синдром интоксикации (повышение температуры тела до 38,0° С, нарушение общего состояния – вялость, снижение аппетита);	
1	2	3
	– катаральный синдром в виде ринита (из носа умеренное серозное отделяемое); фарингита (гиперемия и зернистость задней стенки глотки) и ведущего синдрома поражения респираторного тракта – ларингита (осиплость голоса, грубый лающий кашель). Острый обструктивный ларингит, стеноз I степени, как характерное осложнение при парагриппе поставлен на основании наличия у ребенка: – грубого «лающего кашля», – осиплости голоса, – шумного стенотического дыхания и незначительного втяжения уступчивых мест грудной клетки, появляющихся при беспокойстве ребенка, при отсутствии признаков ДН (ЧДД 25 в мин. – норма, отсутствие цианоза)	
3.	Тактика: госпитализация ребенка в детское отделение ЦРБ	
4.	Особенности специализированного сестринского ухода. – госпитализация в специализированное отделение, палаты боксированные, одномоментное заполнение боксов; – индивидуальный материнский уход; – масочный режим для персонала; – влажная уборка, проветривание, кварцевание; – индивидуальные предметы пользования (посуда, полотенце); – режим – до нормализации Т и улучшения самочувствия постельный или полупостельный; – диета – по возрасту, в первые дни – по аппетиту, обильное теплое питье, особенно щелочное (морсы, молоко с медом, минеральная вода без газа);	

	– уход за кожей и слизистыми	
5.	Принципы медикаментозного лечения: – этиотропная терапия – противовирусные препараты, например, детский арбидол внутрь; интерферон лейкоцитарный» в нос и др.; – патогенетическая терапия – эреспал; – ингаляции через небулайзер раствором натрия хлорида или минеральной водой, а при обструкции средней тяжести или тяжелой – будесонидом (пульмикортом), муколитиками (например, амброксол (лазалван); – антигистаминные препараты в возрастных дозировках; – при температуре тела выше 38,5 гр. С парацетамол 10-15 мг/кг 3 р. в день; – капли в нос (називин, назол, нафтизин и др.); – муколитики и отхаркивающие средства (бромгексин, лазалван, солвин и др.)	

Ситуационная задача 119

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Ребенок 5 лет. Посещает детский сад. Был в контакте с больными ОРЗ. Заболел остро. Повысилась температура тела до 38,0°С.

Отмечается вялость, снижение аппетита, жалуется на головную боль, боль при глотании.

При осмотре: Температура тела до 38,2°С. Кожные покровы бледные. Пальпируются умеренно болезненные шейные и подчелюстные лимфатические узлы II размера. Отмечаются явления конъюнктивита: веки отечные, конъюнктивы ярко гиперемированы, серозно-гнойное отделяемое из глаз. В зеве отечность и зернистость задней стенки глотки, отечность небных дужек. Со стороны внутренних органов: ЧДД 20 раз в 1 мин., дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень пальпируется на 0,5-1.0 см из-под реберной дуги. Стул, диурез в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите метод лабораторной диагностики, подтверждающий этиологию заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 119

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. ОРВИ, возможно аденовирусная инфекция	
2.	Обоснование: – острое начало заболевания; – умеренно выраженный синдром интоксикации (фебрильная лихорадка, вялость, снижение аппетита, головная боль); – катаральный синдром по типу фарингита в сочетании с конъюнктивитом;	

	– характерное вовлечение а процесс лимфоидных органов – увеличения в размерах шейных, подчелюстных лимфатических узлов и печени	
3.	Тактика: ребенок лечится амбулаторно. Фельдшер должен сообщить педиатру ЦРБ, согласовать с ним лечение. Активные посещения до нормализации температуры тела ежедневно, затем 1 раз в 3 дня до выздоровления	
4.	Принципы лечения: Режим – до нормализации Т и улучшения самочувствия постельный или полупостельный. Диета – по возрасту, в первые дни – по аппетиту, обильное теплое питье, особенно щелочное (морсы, чай с лимоном, молоко с медом, минеральная вода без газа). Медикаментозное лечение: – Этиотропная – противовирусная терапия, например, детский арбидол с 1 года до 6 лет – по 0,05 х 4 р. в день; – Эреспал по 1 ч.л. 3 р. в день; – при температуре тела выше 38,5 гр. С парацетамол 10-15 мг/кг 3 р. в день; – промывание глаз, закапывать в глаза офтальмоферон; – полоскание горла антисептическими растворами	
1	2	3
5.	Методы лабораторной диагностики: – вирусологический метод: смывы из носа и глотки на вирусы в первые дни болезни; – серологический метод: парные сыворотки крови больного на титр специфических антител, взятие в первые дни болезни и в конце реконвалесценции (конец 2-ой недели); – ОАК: увеличение СОЭ до умеренных цифр, лейкопения, лимфоцитоз	

Ситуационная задача 120

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП на вызове у ребенка 3-х лет.

Со слов мамы, мальчик болен 3-й день: был насморк, редкий кашель, температура повышалась до 37,3 – 37,8⁰ С. Мама давала теплое питье (молоко с медом, чай с малиновым вареньем), закапывала в нос називин.

Сегодня состояние ребенка ухудшилось: повысилась температура до 38,9⁰ С, стал плохо кушать, кашель усилился и носит характер сухого, болезненного.

При осмотре: температура тела 38,8⁰ С, кожные покровы бледно-розовой окраски, влажные, на щеках «лихорадочный румянец». В зеве – умеренная гиперемия задней стенки глотки, миндалины не увеличены, налетов нет. Над легкими при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие и влажные разнокалиберные хрипы спереди и в задненижних отделах. Частота дыхания – 22 раза в 1 минуту, пульс – 120 уд. в 1 мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назначьте лечение.

5. Укажите, как должен осуществляться контроль состояния пациента и эффективности проводимого лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 120

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Острый простой бронхит	
2.	Обоснование: Диагноз поставлен на основании развития заболевания на фоне острой респираторной вирусной инфекции, характерных клинических симптомов (повышение температуры, усиление кашля, его характер, аускультативная симптоматика – жесткое дыхание, сухие и влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон при отсутствии признаков дыхательной недостаточности)	
3.	Тактика: ребенок лечится амбулаторно. Необходимо сообщить врачу-педиатру ЦРБ, согласовать лечение. Наблюдение ежедневное. При отсутствии положительной динамики в течение 2-х – 3-х дней – госпитализация	
1	2	3
4.	Принципы лечения: Режим – до нормализации Т и улучшения самочувствия постельный или полупостельный. Диета – по возрасту, в первые дни – по аппетиту, обильное теплое питье, особенно щелочное (морсы, чай с лимоном, молоко с медом, минеральная вода без газа). Медикаментозное лечение: 1. Этиотропная терапия: арбидол (0,05 4 р. в день), гриппферон (2 капли в каждый носовой ход 3-4 р. в день). 2. Патогенетическое лечение: эреспал (1 ч.л. 3 р. в день). 3. Симптоматическое лечение: – при температуре выше 38,5 ⁰ С – жаропонижающие средства (парацетамол 10 мг/кг); – муколитические и отхаркивающие средства (например, сироп бромгексина по 5 мл (4мг) 3 р. в день)	
5.	Контроль состояния пациента и эффективности проводимого лечения. При ежедневном посещении оценивается состояние ребенка, температурная реакция, характер кашля, динамика аускультативных изменений. При правильном лечении, отсутствии осложнений общая продолжительность составляет 7-14 дней	

Ситуационная задача 121

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вызов фельдшера ФАПа к мальчику 1 года 3-х мес. Болен 3-й день. Со слов мамы, отмечалось повышение температуры до 37,5° С, обильные слизистые выделения из носа. Был капризен, плохо кушал.

Со вчерашнего вечера появился кашель. Ночь спал беспокойно.

Сегодня **во время осмотра** температура 37,9⁰ С, малыша беспокоит влажный, но малопродуктивный кашель. Дыхание шумное, свистящее, выдох удлинён. Отмечается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков при дыхании. Перкуторно – над легкими коробочный звук, при аускультации – дыхание жесткое, выслушиваются свистящие сухие и влажные разнокалиберные хрипы над всеми полями. Частота дыхания 40 в 1 мин., пульс 120 уд. в 1 мин. Со стороны других внутренних органов и систем – без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите синдром, обуславливающий тяжесть состояния, и что лежит в его основе при данном заболевании.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи ребенку на догоспитальном этапе.

Эталон решения ситуационной задачи 121

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Острый обструктивный бронхит	
1	2	3
2.	Обоснование: – развитие заболевания на фоне ОРВИ (болен 3-ий день, отмечалось повышение температуры до 37,5⁰ С, обильные слизистые выделения из носа, был капризен, плохо кушал); – развитие на этом фоне обструктивного синдрома (экспираторная одышка 40 в мин. с участием вспомогательной мускулатуры, малопродуктивный кашель); – данные перкуссии (коробочный звук) и аускультации (дыхание жесткое, выслушиваются свистящие сухие и влажные разнокалиберные хрипы над всеми полями)	
3.	Синдром, обуславливающий тяжесть состояния – бронхообструктивный, в основе которого лежит воспалительное набухание и отек слизистой оболочки бронхов, скопление в просвете и на стенках бронхов вязкой мокроты (гиперсекреция и гиперкриния – вязкий секрет), возможен рефлекторный спазм гладкой мускулатуры бронхов	
4.	Тактика: Ребенок должен быть госпитализирован в детское отделение ЦРБ. На догоспитальном этапе необходимо оказать неотложную помощь	
5.	Оказание неотложной помощи ребенку на догоспитальном этапе. – Успокоить ребенка и родителей – Создать возвышенное положение головного конца в кроватке. – Дренировать при необходимости дыхательные пути путем отсасывания из них мокроты, слизи резиновым баллончиком. – Провести ингаляцию с одним из бронхолитиков, используя спейсер с лицевой маской: сальбутамол, атровент, вентолин – до 1 года – 1 доза, 1-3 года – по 1-2 дозы. – Провести ингаляцию через небулайзер раствором натрия хлорида или минеральной водой, а при обструкции средней	

	тяжести или тяжелой – будесонидом (пульмикортом) в дозе 0,25 – 0,5 мг, разбавив 0,9% раствором натрия хлорида до объема 2,0 мл. – Ввести в/м антигистаминные препараты: 2,5% раствор хлоропирамина (супрастина) в разовой дозе 0,2 мл / год жизни. – Ввести преднизолон 1 – 2 мг на кг массы тела в/м. – Провести оксигенотерапию. – Госпитализация в стационар в положении сидя или лёжа с возвышенным головным концом	
--	---	--

Ситуационная задача 122

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера ночью вызвали к ребенку 1 г. 10 месяцев. Со слов мамы заболел остро, повысилась температура до 38,6⁰ С, стал вялым, «тяжело задышал».

При осмотре: состояние тяжелое, температура 39,2⁰ С, адинамичен, вял, постанывает при дыхании. Кожа бледная, сухая и холодная на ощупь, с мраморным рисунком, цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 50 раз в 1 мин., пульс 140 уд. в 1 мин., отмечается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков при дыхании.

При аускультации легких – дыхание жесткое, справа выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень выступает на 1,5 см из-под реберной дуги. Стула и мочеиспускания при осмотре не было.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Назовите методы дополнительной диагностики данного заболевания.
5. Назовите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 122

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Острая очаговая правосторонняя пневмония	
2.	Обоснование: – острое начала заболевания; – повышение температуры тела до высоких фебрильных цифр («бледный» тип); – нарушение общего состояния (вялость, адинамия); – развитие синдрома ОДН II (одышка с участием вспомогательной мускулатуры и цианоз носогубного треугольника в покое); – данные аускультации (локальные мелкопузырчатые хрипы на фоне жесткого дыхания)	
3.	Тактика: Ребенок должен быть госпитализирован в детское отделение ЦРБ	
4.	Вспомогательные методы диагностики: – Рентгенография органов грудной клетки – очаговые тени на	

	фоне усиленного легочного рисунка. – ОАК – увеличение СОЭ, лейкоцитоз нейтрофильного характера, может быть сдвиг формулы влево	
5.	Уход и лечение в стационаре. В условиях стационара создается лечебно-охранительный режим: больные помещаются в боксы или небольшие палаты с учетом устранения возможности реинфекции, соблюдается принцип одномоментного заполнения палат. Особенности ухода: – Индивидуальный, лучше материнский уход. – Частая смена положения ребенка в кроватке, маленьких детей чаще брать на руки. – Положение в постели с возвышенным головным концом. – Гигиенический уход за кожей, туалет слизистых носа, глаз, полости рта. – Регулярное проветривание и кварцевание палат, доступ свежего воздуха. Оптимальная температура воздуха: 20-22 гр.С. – Продолжительный сон. – Питание: в остром периоде должно быть облегченным, меньшими порциями, но часто, с достаточным количеством жидкости, затем – общий стол по возрасту	
1	2	3
	Медикаментозное лечение: – антибактериальная терапия. С этой целью назначаются антибиотики. Наиболее часто в педиатрической практике применяются антибиотики пенициллинового ряда, макролиды, цефалоспорины; – лечение ДН = патогенетическая терапия – оксигенотерапия; – симптоматическое лечение – муколитики и мукокинетики; – витамины: С, Е, А, группы В; – массаж, ЛФК	

Ситуационная задача 123

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшера ФАП вызвали к ребенку 8 лет. Состояние тяжелое, беспокоит одышка. Мальчик занимает вынужденное положение – сидит, опираясь руками о край кровати. Дыхание шумное, слышное на расстоянии, выдох резко затруднен и удлинен. Грудная клетка вздута. Частота дыхания – 32 раза в 1 минуту, пульс – 120 ударов в 1 мин. При аускультации в легких на фоне жесткого дыхания выслушивается обилие сухих и влажных разнокалиберных хрипов с обеих сторон, сердечные тоны приглушены.

Такое состояние возникло впервые.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите синдром, обуславливающий тяжесть состояния, и что лежит в его основе при данном заболевании.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи ребенку на догоспитальном этапе.

Эталон решения ситуационной задачи 123

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Бронхиальная астма, приступный период	
2.	Обоснование: – острое начало заболевания; – выраженный бронхообструктивный синдром с развитием ОДН – беспокоит одышка, дыхание шумное, слышное на расстоянии, выдох резко затруднен и удлинен, грудная клетка вздута. Частота дыхания – 32 в 1 мин.; – характерное вынужденное положение (ортопноэ) – сидит, опираясь руками о край кровати; – данные аускультации (на фоне жесткого дыхания выслушивается обилие сухих и влажных разнокалиберных хрипов с обеих сторон)	
3.	Синдром, обуславливающий тяжесть состояния – бронхообструктивный синдром, в основе которого лежит – бронхоспазм; – отек слизистой; – гиперсекреция и гиперкриния с образованием слизистых пробок	
1	2	3
4.	Тактика: оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе с последующей госпитализацией в стационар	
5.	Алгоритм оказания неотложной помощи ребенку на догоспитальном этапе: – спокойная обстановка; – обеспечить доступ свежего воздуха; – с помощью карманного ингалятора провести ингаляцию β_2-адреномиметиком короткого действия: сальбутамол, беротек – 1-2 дозы. Ингаляцию лучше проводить через спейсер; – Провести ингаляцию через небулайзер будесонидом (пульмикортом) в дозе 0,25 – 0,5 мг, разбавив 0,9% раствором натрия хлорида до объема 2,0 мл – При отсутствии эффекта ввести глюкокортикостероиды – преднизолон 1-3 мг /кг в/м или в/в – Провести оксигенотерапию; – Оценить состояние ребенка и провести мониторинг ПСВ с помощью пикфлоуметра	

Ситуационная задача 124

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мальчик И., 11 лет, поступил в детское отделение ЦРБ.

Из анамнеза: 2,5 месяца назад перенес скарлатину. Через месяц было замечено изменение почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама обратила внимание на появление у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась Т до субфебрильных цифр. Неврологические расстройства

нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, больной был госпитализирован.

При поступлении: состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1,0 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные лабораторно-инструментальные методы диагностики данного заболевания.
4. Назовите принципы лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения после выписки из стационара.

Эталон решения ситуационной задачи 124

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Острая ревматическая лихорадка: кардит, хорея	
1	2	3
2.	Обоснование: – данных анамнеза – наличия связи со стрептококковой инфекцией (2,5 месяца назад перенес скарлатину); – повышения температуры тела до субфебрильных цифр; – приглушения тонов сердца и появления систолического шума на верхушке, что характерно для кардита; – в пользу хореи свидетельствует постепенное развитие болезни, появление гиперкинезов (подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды, изменение почерка, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде), мышечная гипотония, нарушение координации движений (неточное выполнение координационных проб), нарушение эмоциональной сферы (плаксивость, раздражительность)	
3.	Дополнительные лабораторно-инструментальные методы диагностики: 1. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, лейкоцитоз. 2. Биохимический анализ крови на ревмотесты: – повышение титров стрептококковых а/тел: АСЛ-О, АСК, АСГ; – обнаружение С-реактивного белка и повышение серомукоида. 3. Поражение сердца подтверждается данными ЭКГ, ЭхоКГ.	
4.	Принципы лечения в стационаре. 1. создание соответствующего лечебно-двигательного режима. Начинают с постельного режима (2 – 3 недели), затем полупостельный и тренирующий, занятия ЛФК; 2. диета – по возрасту. Уменьшается количество поваренной	

	соли, при гормонотерапии – продукты, богаты калием (изюм, курага, печеный картофель и др.); 3. медикаментозное лечение: – этиотропная терапия – антибиотики (борьба со стрептококковой инфекцией) – пенициллин, амоксициллин, реже – цефалоспорины, макролиды; – патогенетическая терапия – НПВС (диклофенак, вольтарен, ортофен, найз, мовалис, индометацин), ГКС (преднизолон). – симптоматические средства: средства, регулирующие метаболические процессы в мышце сердца: вит. С, Е, рибоксин, милдронат и др.; при хорее – седативные средства, снотворные; поливитамины	
5.	План диспансерного наблюдения после выписки из стационара. Дети, перенесшие острую ревматическую лихорадку, берутся на Д-учет, группа Д-наблюдения – III или IV. Срок наблюдения: 3 – 5 лет. – Наблюдение у педиатра и кардиолога: 1-ый год – 1 раз в 3 месяца, затем – 1 раз в 6 мес. – Осмотр ЛОР-врача и стоматолога 1 – 2 раза в год. – Профилактические прививки противопоказаны первые 2 года	
1	2	3
	– Освобождение от занятий физкультурой на 6 – 12 мес., затем подготовительная группа, через 2 года при полном благополучии возможен перевод в основную группу. – ЭКГ, ЭхоКГ не реже 1 раза в 6 мес., при поражении клапанов – не реже 1 раза в 3 мес. – Проведение вторичной профилактики , направленной на предупреждение рецидивов и прогрессирования заболевания: 1. круглогодично, в течение 3 – 5 лет вводится пролангированный пенициллин: бициллин-5 = ретарпен = экстенциллин внутримышечно, 1 раз в 3 недели, в дозе: – детям старше 12 лет 2400000 Е Д, – детям от 7 до 12 лет 1200000 Е Д, – детям младше 7 лет 600 000 ЕД; 2. диклофенак – ½ лечебной дозы весной и осенью 3-4 недели	

Ситуационная задача 125

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области, учащенного мочеиспускания.

Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, слабость, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 38,9 °С. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4-х дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не отмечалось, температура тела 38,2 °С. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание.

Общий анализ крови: Hb – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,5 \times 10^9$ /л, п – 10%, с – 60%, л – 22%, м – 8%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – нейтральная, белок – следы, лейкоциты – сплошь все поля зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Посев мочи: высеяна кишечная палочка в количестве 300 000 микробных тел/мл.

Вопросы:

1. Оцените общий анализ крови и общий анализ мочи.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте ответ.
4. Назовите принципы лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения после выписки из стационара.

Эталон решения ситуационной задачи 125

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Оценка общего анализа крови: лейкоцитоз нейтрофильного характера, увеличение СОЭ. Оценка общего анализа мочи: лейкоцитурия. Посев мочи: бактериурия.	
2.	Предположительный диагноз. Острый пиелонефрит	
1	2	3
3.	Обоснование: – острое начало заболевания, связь с переохлаждением; – синдром интоксикации: фебрильная лихорадка, слабость, головная боль; – болевой синдром: боль в животе и поясничной области слева, положительный симптом Пастернацкого; – синдром дизурических расстройств: поллакиурия; – мочевого синдром: моча мутная, лейкоцитурия, бактериурия	
4.	Принципы лечения. 1. Режим: постельный в активную фазу заболевания при выраженных симптомах интоксикации, расширение режима с 3-5 дня заболевания по мере исчезновения экстраренальных симптомов. 2. Диета: стол № 5: ограничение продуктов, содержащих избыток белка, экстрактивных веществ (маринады, крепкие бульоны, приправы); продуктов с избытком поваренной соли; достаточное питье (физиологическая потребность+50%), даются морсы, компоты, щелочные минеральные воды. 3. Соблюдение режима «регулярных» мочеиспусканий (через 2-3 часа в зависимости от возраста). 4. Антибактериальная терапия: антибиотики, нитрофурановые препараты, уросептики. Антибактериальная терапия должна проводиться до полной санации мочи. 5. Фитотерапия. При выборе лекарственных растений используется их мочегонное и противовоспалительное действие. 7. Витаминотерапия: А, гр. В, С, Е	
5.	План диспансерного наблюдения после выписки из стационара. Группа Д-наблюдения III, IV или V в зависимости от функционального состояния почек. Срок наблюдения – 3 года.	

	Частота осмотра педиатром и нефрологом не реже 1 раза в 3 мес. Контроль за общим анализом мочи. Физическая нагрузка – ЛФК на 1 год, через 1 год наблюдения назначается подготовительная группа на всю диспансеризацию, а к ее концу – основная. Проведение противорецидивного лечения. Профилактические прививки противопоказаны в первые 2 года	
--	--	--

Ситуационная задача 126

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мальчик, 10 лет

Месяц назад перенес острый гнойный тонзиллит, лечился дома в течение 10 дней, выписан в школу с выздоровлением.

Последние три дня отмечает недомогание, беспокоит головная боль, к вечеру повышается температура тела до 37,5 – 37,7° С, вчера обратил внимание, что изменился цвет мочи, которая приобрела красноватый оттенок.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, лицо пастозное. Дыхание везикулярное. ЧДД 16 раз в 1 мин. Пульс 82 уд. в 1 мин. Тоны сердца чистые, слегка приглушены. АД 140/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите характерные для данного заболевания изменения со стороны общего анализа мочи.
4. Назовите принципы лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения после выписки из стационара.

Эталон решения ситуационной задачи 126

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз. Острый гломерулонефрит	
2.	Обоснование: – Связь с перенесенной месяц назад острой стрептококковой инфекцией (острый гнойный тонзиллит); – синдром интоксикации: субфебрильная лихорадка, недомогание, бледность; – отечный синдром: лицо пастозное; – гипертензионный синдром: АД 140/85 мм рт. ст., головная боль; – мочевого синдром: макрогематурия	
3	В общем анализе мочи протеинурия, гематурия, цилиндрурия	
4.	Принципы лечения. Режим: в период экстраренальных проявлений – не менее 2 недель: постельный, в период стихания – полупостельный режим, затем общий, массаж, ЛФК; Диетотерапия: стол № 7 (ограничение соли, белка жидкости). Медикаментозное лечение: – Этиотропная терапия: антибиотики (с учетом терапии предшествующего заболевания и очагов инфекции); – Патогенетическая терапия: глюкокортикостероидные	

	препараты. – Антиоксидантная терапия – витамин Е. – Дезагреганты и ангиопротекторы: курантил, трентал . – Лечение артериальной гипертензии: ингибиторы АПФ: капторил (капотен); блокаторы бетаадренорецепторов (анаприлин, обзидан, индерал). – Диуретические препараты. Санация хронических очагов инфекции	
5.	Диспансеризация. Группа Д-наблюдения III, IV или V в зависимости от функционального состояния почек. Срок наблюдения: 5 лет. Кратность наблюдения: первые 3 месяца проводятся 1 раз в 2 недели, затем до конца года ежемесячно, затем – 1 раз в 3 мес. Перед каждым осмотром врача – ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко. Общий анализ крови 2 раза в год. Анализ мочи по Зимницкому 1 раз в 3 месяца. Биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на, холестерин, протеинограмма, электролиты) 1 раз в 6 месяцев. УЗИ почек 1 - 2 раза в год. Мониторинг АД. Санация очагов хронической инфекции. После выписки из стационара освобождение от занятий физической культурой на 1 год. Далее специальная группа по физической культуре 6 месяцев, затем в подготовительной группе постоянно	

Ситуационная задача 127

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП обратилась мать 6-летнего ребенка. Она рассказала, что у девочки, в течение последних 2-х месяцев отмечается снижение аппетита. Она стала раздражительной, сон беспокойный часто жалуется на боли в животе и зуд в области ануса.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Питание несколько снижено. Со стороны внутренних органов без особенностей. Вокруг ануса – расчесы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные методы исследования, подтверждающие диагноз.
4. Назовите правила личной гигиены, соблюдение которых позволит исключить реинвазию.
5. Назовите принципы медикаментозного лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 127

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз. Глистная инвазия – энтеробиоз	
2.	Обоснование: – симптомы хронической интоксикации (раздражительность, бледность), – диспептический синдром (снижение аппетита, боли в животе, рвота по утрам), – основной симптом – зуд в области ануса, из-за чего ребенок	

	беспокойно спит, а вокруг ануса имеются расчесы	
3	Дополнительные методы исследования: анализ кала на яйца глистов и проведения соскоба на энтеробиоз	
4.	Правила личной гигиены: – тщательное мытье рук теплой водой с мылом и щеткой, особенно после посещения туалета, перед едой; – коротко стричь ногти; – подмывание теплой водой с мылом перед сном и утром; – ежедневная смена трусов и постельного белья с последующим его кипячением и проглаживанием горячим утюгом в течение месяца; – сон в плотно облегающих трусиках; – ежедневная влажная уборка помещения, проветривание	
5.	Принципы медикаментозного лечения: – назначение противоглистных препаратов: пирантел (комбантрин), вермокс, пиперазина адипинат, – при сильном зуде – мазь с анестезином, внутрь – антигистаминные препараты, – лечение всех членов семьи	

Ситуационная задача 128

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП обратилась мать 5-летней девочки. Она рассказала, что утром у ребенка во время акта дефекации вышел огромный (25 – 30 см) круглый червь розоватого цвета.

Из расспроса выяснено, что последние 2 недели девочка плохо кушает, стала вялая, капризная, часто жалуется на боли в животе, иногда по утрам бывает рвота.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, под глазами «темные круги». Со стороны внутренних органов – без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные методы диагностики.
4. Назовите принципы лечения.
5. Дайте советы по профилактике данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 128

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз. Глистная инвазия – аскаридоз	
2.	Обоснование: – выходение во время акта дефекации круглого червя розоватого цвета размером 25 – 30 см; – симптомы хронической интоксикации: (девочка вялая, капризная, аппетит снижен, бледность, под глазами «темные круги»); – симптомы поражения ЖКТ (боли в животе, рвота по утрам)	
3	Дополнительные методы исследования: исследование вышедшего червя (его идентификация), исследование кала на	

	яйца глистов, ОАК (эозинофилия)	
4.	Принципы лечения: проведение дегельминтизации, лучше в условиях дневного стационара. Используют противоглистные препараты: вермокс = мебендазол, левамизол = декарис, пирантел = комбантрин, пиперазина адипинат	
5.	Советы по профилактике: – тщательно мыть все продукты, которые могут быть загрязнены землей (зелень, овощи, фрукты); – после контакта с землей мыть руки с двукратным намыливанием; – следить за тем, чтобы ребенок не брал землю в рот, – приучать ребенка мыть руки после игр на земле; – оборудовать песочницы для детей на солнце и ежедневно рыхлить в них песок; – не допускать игр ребенка с уличной обувью; – делать влажную уборку в доме не реже одного раза в неделю	

Ситуационная задача 129

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Девочка, 1 год 6 месяцев, поступила в клинику с **жалобами** матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (ест мел).

Из анамнеза. Ребенок от I беременности, протекавшей с анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3300 г, длина 52 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем – искусственное (смесь «Детолакт»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). В возрасте 1 года девочку отправили за город к бабушке, где она получала каши на коровьем молоке, творог, овощи, от мяса отказывалась. За 3 месяца пребывания в деревне дважды перенесла ОРВИ. После возвращения домой в анализе крови выявлено снижение уровня Hb (79 г/л).

При поступлении: состояние средней тяжести, капризная, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы тусклые, ломкие. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги. Селезенка у реберного края. Моча и стул обычной окраски.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительные методы исследования, подтверждающие диагноз и характерные в них изменения при данном заболевании.
4. Назовите принципы диетотерапии.
5. Назовите принципы медикаментозного лечения и правила приема назначаемых лекарственных препаратов детям раннего возраста.

Эталон решения ситуационной задачи 129

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Железодефицитная анемия средней степени тяжести	

2.	Обоснование: Диагноз поставлен на основании жалоб, клинической картины и изменений со стороны анализа крови. – проявления синдрома дистрофии и полигиповитаминоза (бледность кожи и видимых слизистых, дистрофические нарушения придатков кожи – тусклые и ломкие волосы, снижение аппетита, извращение вкуса – ест мел); – проявления синдрома хронической интоксикации (эмоциональная лабильность – капризная); – нарушения функций органов и систем: гепатоспленомегалия, приглушены тоны сердца, систолический шум на верхушке; – со стороны анализа крови снижение уровня Hb до 79 г/л	
3	Дополнительные методы исследования: 1. Общий анализ крови, в котором выявляется: – эритропения – уменьшение количества эритроцитов; – снижение уровня Hb; – изменение морфологии эритроцитов: анизоцитоз (разная величина), пойкилоцитоз (разная форма), полихромазия (разная окраска). 2. Биохимический анализ крови – определение уровня сывороточного железа, уровень которого при анемии снижается	
4.	Принципы диетотерапии. – Охрана и поддержка грудного вскармливания при полноценном питании кормящей матери. В питании матери должны широко использоваться продукты с высоким содержанием железа (мясные продукты и др.), а также овощи и фрукты, в состав которых входят вещества, участвующие в гемопоэзе: медь, кобальт и др. К ним относятся морковь, цветная капуста, свекла, яблоки, груши, инжир, хурма, курага, черная смородина и др.	
1	2	3
	– В рацион кормящей матери рекомендуется вводить специальные продукты на молочной основе, обогащенные белком, витаминами и минеральными веществами – «Фемилак-мама», «Думил-мама плюс» и др. – На искусственном вскармливании применять адаптированные молочные смеси, возможно, обогащенные железом (например, «Семилак с железом», «Энфамил с железом» и др.). – Более раннее назначение прикормов: овощное пюре – с 4-х мес.; мясные продукты – с 5-6 мес., каши – в обычные сроки (с 5-6 мес.), но предпочтение отдается толокняной, гречневой, овсяной каше. – Регулярно давать соки, фруктовые пюре	
5.	Принципы медикаментозного лечения и правила приема назначаемых лекарственных препаратов детям раннего возраста: Назначаются 2 группы лекарственных препаратов: А) железосодержащие препараты; Б) витамины. Препараты железа назначаются при и анемии средней тяжести	

	перорально, суточная доза делится на 3-4 приема. При приеме препаратов железа следует соблюдать следующие правила: – Препараты дают за 40 мин. до еды или через 40-60 мин. после еды. – Нельзя запивать молоком или чаем. – Начинают с ½ дозы, за 7-10 дней доводят до полной дозы, которую дают до нормализации уровня Hb, затем переходят на ½ дозы, общий курс лечения составляет 3-4 месяца. – Т.к. при приеме препаратов железа возможны диспептические нарушения за счет активации условно-патогенной флоры кишечника, оправдано одновременное применение эубиотиков. – Детям раннего возраста предпочтительно назначение железосодержащих препаратов, выпускаемых в жидкой форме (капли, сироп). Хороши для детей этой возрастной группы феррум лек, мальтофер, гемофер, актиферрин и др.	
--	--	--

Ситуационная задача 130

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – фельдшер ФАП, на вызове у ребенка 4-х лет, посещающего детское дошкольное образовательное учреждение. Заболел сегодня утром, повысилась температура тела до 37,8° С, появился небольшой кашель, на всем теле красная пятнисто-папулезная сыпь на бледном фоне кожи, более густо покрывающая ягодицы и наружные поверхности конечностей. В зеве – умеренная гиперемия, пальпируются болезненные затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Со стороны внутренних органов без изменений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите тактику по отношению к ребенку.
3. Назначьте лечение. Особенности ухода за ребенком.
4. Мероприятия в очаге инфекции.
5. Специфическая профилактика заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 130

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Диагноз. Краснуха Обоснование: – появление красной пятнисто-папулезной сыпи на бледном фоне кожи в первый день болезни и сразу на всем теле, – типичное для краснухи сгущение сыпи на ягодицах и конечностях, – увеличение затылочных и заднешейных лимфатических узлов при отсутствии выраженных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, – субфебрильная лихорадка	
2.	Тактика. Ребенок лечится дома. Необходимо: – сообщить врачу-педиатру ЦРБ, – активные посещения – 1 раз в 3 дня,	

	– изоляция ребенка на 5 дней, – выявление беременных среди контактных	
3.	Лечение. Особенности ухода. Лечение: режим полупостельный. Дома – влажная уборка, проветривание. Полноценное питание по возрасту. Гигиена кожи. Поливитамины	
4.	Мероприятия в очаге инфекции: – экстренное извещение в ЦГСЭН, – дезинфекция не проводится, – проветривание помещений, влажная уборка, – наблюдение за контактными (термометрия, осмотр кожи, зева, пальпация л/у)	
5.	Специфическая профилактика заболевания. Используют живую ослабленную вакцину «Рудивакс», а также комбинированную вакцину против кори, эпидемического паротита, краснухи. Иммунизация проводится два раза: в 12 месяцев и 7 лет. Вакцина готовится из живых ослабленных вирусов краснухи. Вводится подкожно или внутримышечно в плечо.	

Ситуационная задача 131

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – фельдшер ФАП. Вызов к ребенку (мальчику) 3,5 лет, который посещает детский сад.

Заболел остро, вчера вечером. Отмечался подъем температуры тела до 37,5 гр. С и появление на коже волосистой части головы, лица, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. Сегодня отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. Ребенок капризный, плохо кушает. Зев спокойный. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено.

В последующие два дня температура тела 38,2⁰ С, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой оболочке полости рта.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к ребенку.
3. Назначьте лечение. Особенности ухода за ребенком.
4. Перечислите мероприятия, проводимые в очаге инфекции.
5. Назовите сроки изоляции и допуска в коллектив ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 131

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Постановка диагноза и его обоснование Диагноз: Ветряная оспа. Обоснование диагноза: – Лихорадка, интоксикация. – Везикулезная сыпь по всему телу с характерной динамикой развития элементов (пятно – папула – везикула)	
2.	Определение тактики по отношению к ребенку 1. Ребенок лечится амбулаторно. 2. Активные патронажи первые 2-3 дня ежедневно, затем 1 раз в	

	3 дня. 3. Информация в ЦГСЭН: экстренное извещение не позднее 12 часов после выявления больного	
3.	Лечение. Особенности ухода. – режим постельный – полупостельный, – диета – по возрасту, питье; – гигиена одежды, коротко стричь ногти; – прижигание элементов сыпи 1% раствором бриллиантовой зелени, 1% спиртовым раствором фукоцина; – симптоматические средства – жаропонижающие при температуре выше 38,5 гр. С, поливитамины, для уменьшения зуда – супрастин	
4.	Мероприятия в очаге инфекции – На группу накладывается карантин сроком на 21 день. – В карантинной группе ежедневно проводят термометрию и осмотр детей, не проводятся профилактические прививки, запрещен перевод детей в другие детские учреждения. – Проветривание помещений, влажная уборка. – Проводится санитарно-просветительская работа	
5.	Сроки изоляции и допуска в коллектив ребенка Изоляция ребенка на весь срок высыпания плюс 5 дней с момента последнего высыпания. Переболевшие допускаются в детское учреждение после отпадания корочек	

Ситуационная задача 132

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Девочка, 2 года. Заболела остро: повысилась температура тела до 39,0⁰ С, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На 4-ый день болезни температура тела 39,5⁰ С, появилась сыпь на лице, которая в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились.

Ребенок направлен на госпитализацию.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2⁰ С. Девочка вялая. На коже лица, туловища, конечностях обильная ярко-розовая пятнисто-папулезная, местами сливная сыпь. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Зев влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный.

Эпидемиологический анамнез: ребенок начал прививаться с 1 года 2-х мес. возраста, проведена вакцинация АКДС и против полиомиелита.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите основные моменты организации специализированного сестринского ухода за ребенком.
4. Назовите принципы медикаментозного лечения.
5. Назовите сроки изоляции больного ребенка при данном заболевании.

Эталон решения ситуационной задачи 132

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Корь, период высыпания.	
2.	Обоснование диагноза: – острое начало заболевания, – наличие лихорадки и интоксикации, – наличие катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей в сочетании с конъюнктивитом (слезотечение, светобоязнь), – появление на 4-ый – 5-ый день болезни пятнисто-папулезной сыпи на лице и шее, которая затем распространяется на туловище и конечности	
3.	Организация специализированного сестринского ухода за ребенком: – Ребенка помещают в мельцеровский бокс. – Уход индивидуальный, желательно материнский. – Проветривание помещения, увлажнение воздуха, уменьшение освещенности в комнате больного корью. – Постельный режим на весь период лихорадки. – Полноценное сбалансированное питание с повышенным содержанием витаминов и микроэлементов, особенно аскорбиновой кислоты. – Обработка кожи и слизистых оболочек, с целью нормальной гигиены и предотвращения заноса инфекции в места воспаления и высыпаний. Проводится промывание глаз несколько раз в день теплой кипяченой водой, закапывание глаз масляного раствора витамина А 1-2 капли по 3-4 раза в день. – Обильное питье для уменьшения интоксикации и адекватной работы почек. 4. Для предотвращения развития стоматита, необходимо по несколько раз полоскать рот теплой кипяченой водой или антисептическими растворами.	
1	2	3
4.	Принципы медикаментозного лечения. Симптоматическое лечение: – при повышении температуры тела более 38,5 С – прием жаропонижающих препаратов из группы НПВС, таких как парацетамол (10-15 мг/кг), ибупрофен (5-10 мг/кг); – при кашле – муколитики, отхаркивающие средства; – показаны антигистаминные (противоаллергические) препараты; – капли в нос, раствор альбуцида в глаза. – применение антибактериальных препаратов при неосложненной коре не показано, т.к. корь является вирусным заболеванием, но если возникли подозрения на развитие осложнения в виде пневмонии, то необходимо к лечению добавить антибактериальные препараты широкого спектра действия	

5.	Сроки изоляции больного ребенка 5 дней от начала высыпания, при пневмонии – 10 дней	
----	---	--

Ситуационная задача 133

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – фельдшер ФАП, на вызове у ребенка 6 лет, посещающего детское дошкольное учреждение. Заболел ночью, повысилась температура до 39,0⁰ С, появилась головная боль, боль в горле при глотании, утром на всем теле обнаружили красную сыпь.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,8⁰С, на коже всего тела на гиперемизированном фоне красная мелкоточечная сыпь со сгущениями в складках кожи и на щеках, носогубный треугольник бледный. В зеве, на фоне яркой гиперемии, на левой миндалине гнойный налет в лакунах. Язык обложен серым налетом, пульс 120 ударов в 1 мин.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к ребенку.
3. Назначьте лечение. Назовите особенности ухода за ребенком.
4. Перечислите мероприятия в очаге инфекции.
5. Назовите сроки изоляции и допуска в коллектив ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 133

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Диагноз. Скарлатина. Обоснование. Диагноз поставлен на основании характерной для скарлатины триады симптомов: интоксикации, лакунарной ангины и мелкоточечной сыпи на теле с типичными для этого заболевания местами сгущения сыпи и ее отсутствием в области носогубного треугольника	
2.	Тактика фельдшера: госпитализация ребенка в инфекционную больницу, подача экстренного извещения в ЦГСЭН	

1	2	3
3.	Лечение. Особенности ухода за ребенком. – Ребенок находится в отдельном или на 2 – 3 койки боксе, заполнение должно быть одномоментным (в течение 1 – 2 дней). – Ношение масок и смена халатов для персонала обязательна. – Влажная уборка, кварцевание, проветривание не реже 2-х раз в день. – Постельный режим на 5 – 7 дней. – Диета щадящая, с ограничением соли, обогащенная солями калия и гипоаллергенная на 3 недели. В первые дни – обильное теплое питье, полужидкая пища (суп, каша, кисель).	

	– Гигиенический уход за кожей, слизистыми. – Медикаментозное лечение: этиотропная терапия – антибиотики пенициллинового ряда; патогенетическая терапия и профилактика осложнений – НПВС (ибупрофен, вольтарен, диклофенак и др.); антигистаминные препараты (супрастин, тавегил и др.); симптоматические средства (полоскание горла), витамины. – Контроль анализа мочи, анализа крови, ЭКГ (возможные осложнения – нефрит, острая ревматическая лихорадка)	
4.	Мероприятия в очаге инфекции. – Экстренное извещение в ЦГСЭН. – Ежедневно проводят влажную уборку и кварцуют помещение. Дезинфекция игрушек, посуды. – Изоляция контактных: дети, не болевшие скарлатиной, посещающие ДДУ и первые два класса школ, не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней с момента изоляции больного	
5.	Сроки изоляции: до клинического выздоровления, но не ранее чем через 10 дней от начала заболевания. Допуск в коллектив ребенка не ранее, чем через 22 дня от начала заболевания (после дополнительной изоляции ребенка на дому на протяжении 12 суток после выздоровления)	

Ситуационная задача 134

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – фельдшер ФАП. Вызов к ребенку 10 месяцев. Заболел остро. Сегодня утром повысилась температура тела до 39,0⁰ С, дважды была рвота, периодически резко беспокоится, крик монотонный, отказывается от груди, на коже появилась сыпь.

При осмотре: состояние тяжелое, вялый, на окружающих не реагирует, большой родничок выбухает и напряжен, голова запрокинута назад, во время осмотра дал кратковременные судороги. Температура тела при осмотре 40,0⁰ С, кожные покровы бледные, сыпь геморрагическая, звездчатая, располагается на ягодицах, бедрах, голениках, веках. Со стороны сердечно-сосудистой системы – тахикардия, приглушенность тонов сердца. При любом прикосновении ребенок беспокоится, плачет.

Эпидемиологический анамнез: у матери неделю назад был насморк, першило в горле.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите свою тактику по отношению к ребенку.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Диспансеризация детей, перенесших данное заболевание..

Эталон решения ситуационной задачи 134

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Диагноз. Менингококковая инфекция, генерализованная форма – менингит, менингококкцемия	

2.	Обоснование: – Острое начало. – Симптомы интоксикации. – Лихорадка (пиретическая = высокая фебрильная). – Симптомы менингита: дважды была рвота, периодически резко беспокоится, крик монотонный, большой родничок выбухает и напряжен, голова запрокинута назад, во время осмотра дал кратковременные судороги. – Симптомы менигококцемии: сыпь геморрагическая, звездчатая, располагается на ягодицах, бедрах, голених, веках	
3.	Тактика фельдшера. – Экстренная госпитализация в инфекционное отделение после оказания неотложной помощи. – Подача экстренного извещения в ЦГСЭН	
4.	При установлении диагноза «менигококцемия» на догоспитальном этапе больному внутримышечно вводят: – антибиотики (целесообразнее – цефтриаксон, для грудных детей и детей до 12 лет доза составляет 20-75 мг/кг массы тела.) – этиотропная терапия; – литическую смесь (50% раствор метамизола натрия (анальгина) 0,1 мл на год жизни, 1% раствор дифенгидрамина (димедрола) 0,1 мл на год жизни; – с целью предотвращения развития острой надпочечниковой недостаточности глюкокортикоиды (преднизолон) в разовой дозе 3-5 мг на кг массы тела; – иммуноглобулин нормальный человеческий донорский (1,5-3,0 мл); – при судорогах ввести в/в или в/м 0,5% раствор диазепама (реланиума, седуксена) 0,1 – 0,5 мг/кг массы тела или 0,05 – 0,1 мл на кг массы тела; – при симптомах менингита с целью уменьшения отека мозга вводят в/м 1% раствор фуросемида (лазикса) 1-2 мг / кг массы тела; – больным с признаками ИТШ проводят инфузионную терапию с целью восполнения ОЦК	
5.	Диспансеризация: Реконвалесценты генерализованных форм менигококковой инфекции наблюдаются в поликлинике инфекционистом, невропатологом и участковым педиатром в течение 2 лет с периодичностью осмотра 1 раз в 3 месяца на первом году, 2 раза в год на 2-ом году наблюдения. Профилактические прививки реконвалесцентам менигококкового менингита проводятся не ранее, чем через 1 год (по согласованию с невропатологом); реконвалесцентам менигококцемии – через 6 месяцев; назофарингита – через 2 месяца; при бактерионосительстве – через 1 месяц после санации	

Ситуационная задача 135

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – фельдшер ФАП, на вызове у ребенка 7 лет. Заболел остро. Повысилась температура тела до 38,2° С, появилась припухлость в области околоушной железы справа, боли при жевании.

При осмотре: температура 38,8⁰ С, беспокоит боль при жевании, повороте головы и открывании рта, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Дыхание везикулярное. Тахикардия. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Ребенок посещает детское дошкольное образовательное учреждение.

Задания:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к ребенку.
3. Назовите принципы лечения. Особенности ухода за ребенком.
4. Назовите мероприятия в отношении контактных лиц.
5. Специфическая профилактика данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 135

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз. Эпидемический паротит. Обоснование. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, жалоб (боль при жевании, повороте головы и открывании рта), повышения температуры тела; появления болезненной припухлости в области околоушных слюнных желез	
2.	Тактика фельдшера: ребенок лечится дома, изоляция на 9 дней от начала болезни, активные посещения ежедневно до нормализации температуры тела, затем 1 раз в 3 дня. Экстренное извещение в ЦГСЭН	
3.	Принципы лечения. Особенности ухода за ребенком. – Назначается постельный режим до нормализации температуры. – Обильное питье, пища должна быть механически и химически щадящей в первые дни болезни, полоскание рта после приема пищи теплой водой. – Включать в питье кислые соки, чтобы стимулировать слюноотделение. – Лечение симптоматическое. Местно на пораженную слюнную железу – сухое тепло. При температуре выше 38,5 гр. С – парацетамол 10 – 15 мг/кг	
4.	Мероприятия в отношении контактных лиц. В детских учреждениях, где выявлен случай заболевания паротитом, устанавливается карантин на 21 день. За контактными детьми до 10-летнего возраста осуществляется медицинское наблюдение (ежедневный осмотр с термометрией) с 11-ого дня от первого дня контакта с заболевшим до 21-ого дня. Запрещен перевод детей в другие группы и прием новых детей (не болевших и не привитых)	
5.	Специфическая профилактика осуществляется прививанием <u>живой вакциной ЖПВ</u> планово в возрасте 1 года, в дальнейшем производится ревакцинация в 6 лет. Для специфической профилактики применяют живую вакцину (ЖПВ).	

Ситуационная задача 136

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вы – фельдшер ФАП, на вызове у ребенка 5 лет. Заболел остро, повысилась температура 38,9° С, жалуется на боли в горле, отказывается от еды.

При осмотре: состояние средней тяжести, ребенок вялый, бледный, в зеве – выраженная гиперемия миндалин, дужек, миндалины отечны, на левой миндалине и на ее передней дужке плотные налеты сероватого цвета с четкими краями, при попытке их удалить – кровоточивость. Увеличены и умеренно болезненны подчелюстные лимфатические узлы слева. Со стороны внутренних органов: дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Ребенок посещает детский сад.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Определите свою тактику по отношению к ребенку.
3. Назовите принципы лечения. Особенности ухода за ребенком.
4. Мероприятия в отношении контактных лиц.
5. Специфическая профилактика данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 136

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Дифтерия ротоглотки (зева), локализованная форма. Обоснование. Диагноз поставлен на основании клиники – наличия интоксикации и лихорадки, типичных фибриновых налетов на миндалинах и передней дужке, появления кровоточивости при попытке их удалить, отечности миндалин и увеличения тонзиллярных лимфатических узлов	
2.	Тактика фельдшера: – экстренная госпитализация в инфекционное отделение в отдельный бокс; – подача экстренного извещения в ЦГСЭН	
3.	Принципы лечения. Особенности ухода за ребенком. Медикаментозное лечение. 1. Специфическая терапия: Возможно раннее введение противодифтерийной антитоксической сыворотки для нейтрализации токсина и ликвидации местного очага. Сыворотка вводится дробным методом по Безредко в присутствии врача, имея наготове противошоковые средства. Наблюдают за больным после введения сыворотки не менее часа с контролем АД, частоты дыхания и пульса. Доза сыворотки зависит от формы болезни и дня заболевания. 2. Патогенетическая терапия направлена на дезинтоксикацию, восстановление гемодинамических нарушений и надпочечниковой недостаточности: – инфузионная терапия – в/в капельное введение жидкостей, сердечно-сосудистых средств; – преднизолон; – антибиотики при осложнениях или присоединении других инфекций	

1	2	3
	Особенности ухода за ребенком: – изолировать больного до клинического выздоровления + отрицательного результата бактериологического обследования на ВЛ (профилактика распространения инфекции); – масочный режим при контакте с больным (предупреждение воздушно-капельного механизма передачи инфекции); – проветривание, влажная уборка не менее 2 раз в день ((уменьшение концентрации возбудителей во внешней среде); – правильное питание: пища механически, термически и химически щадящая; – строгий постельный режим 7-10 дней, затем постепенное расширение по мере улучшения состояния ребенка; – гигиена кожи и слизистых оболочек; – профилактика осложнений – контроль диуреза и характера мочи в течение 3-х недель (возможно развитие нефрита), ЭКГ (возможно развитие миокардита)	
4.	Мероприятия в отношении контактных лиц: при выявлении больного дифтерией в детском учреждении устанавливается карантин на 7 дней. Все контактные, в том числе персонал, одновременно обследуются на носительство дифтерийной палочки и наблюдаются в течение 7 дней с ежедневной термометрией. Всех детей осматривает ЛОР-врач. При выявлении в очаге носителей токсигенных коринебактерий, все контактные обследуются еще раз и так до получения у всех отрицательного результата. Выявленные носители токсигенных коринебактерий изолируются и лечатся в стационаре. Лечение бактерионосителей проводят антибиотиками: тетрациклины (дети старше 9 лет), эритромицин, цефалоспорины на фоне общеукрепляющей терапии и устранения хронических очагов инфекции	
5.	Специфическая профилактика. Проводится активная иммунизация: для вакцинации используется вакцинная АКДС, проводится 3-хкратно в дозе 0,5 мл в/м с 3-х мес. с интервалом 45 дней (3мес. – 4,5 мес. – 6 мес.). 1-ая ревакцинация – 18 мес., вакцина АКДС, 0,5 мл в/м. 2-ая ревакцинация – 7 лет, вакцина АДС-М, 0,5 мл в/м. 3-я ревакцинация – 17 лет, вакцина АДС-М, 0,5 мл в/м и далее 1 раз каждые 10 лет	

Ситуационная задача 137

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мальчик 4-х месяцев, находится на искусственном вскармливании.

Поступил в стационар на 4-ый день болезни в тяжелом состоянии. Заболевание началось с учащения стула до 5 раз в сутки (жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени), срыгиваний, ухудшения аппетита.

На 2-ой день повысилась температура тела до 37,5⁰ С, была два раза рвота, стул жидкий, не переваренный, до 6 раз в сутки. В последующие дни ребенок продолжал

лихорадить, рвота (до 3-4 раз в сутки) и срыгивания сохранялись, появились сухость слизистых оболочек, резкое вздутие живота. Стул участился до 15 раз в сутки (жидкий, не переваренный, водянистый, пенистый с небольшим количеством слизи и зелени). Ребенок стал беспокойным, «сучил» ножками, отказывался от еды, плохо пил воду.

Объективно: отмечается бледность кожи и «мраморный рисунок», тургор снижен, черты лица заострены. Дыхание пузрильное, до 30 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут газами, урчащий во всех отделах. Диурез снижен.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите методы лабораторной диагностики.
4. Организация специализированного сестринского ухода за ребенком.
5. Назовите принципы медикаментозного лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 137

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Острая кишечная инфекция, вероятно эшерихиоз	
2.	Обоснование: – возраст ребенка (болеют преимущественно дети 1-ого года жизни); – искусственное вскармливание; – дисфункция кишечника по типу гастроэнтерита: срыгивания, рвота, водянистый брызжущий стул желто-оранжевого цвета, иногда с небольшим количеством прозрачной слизи; – симптомы токсикоза с эксикозом: температура, вялость, адинамия, снижение эластичности кожи, западение большого родничка, приглушенность тонов сердца, тахикардия)	
3.	Методы лабораторной диагностики: – бактериологический метод – выделение эшерихий из испражнений, рвотных масс; – серологический метод – определение в крови специфических антител	
4.	Специализированный сестринский уход за ребенком. – Ребенок с матерью находятся в отдельном боксе. – Проведение влажной уборки, кварцевание, проветривание. – Гигиенический уход: своевременная смена постельного белья, пеленок, подмывание после каждого акта дефекации с последующей обработкой кожи детским кремом или стерильным растительным маслом для профилактики (лечения) опрелостей. – Помощь при рвоте, срыгиваниях, профилактика аспирации. – Помощь при метеоризме. – Проведение оральной регидратации, контроль парентерального введения жидкости. – Контроль стула, массы тела	
5.	Принципы медикаментозного лечения: – этиотропная терапия – антибиотикотерапия, колипротейный	

	бактериофаг; – патогеническая терапия включают срочную детоксикацию и восстановление гемодинамики, что осуществляется путем оральной регидратации или внутривенной инфузионной терапии;	
1	2	3
	– при тяжелых формах назначаются преднизолон; – посиндромная терапия включает назначение витаминов, антигистаминных, сердечно-сосудистых и других препаратов, энтеросорбентов; – средства, повышающие неспецифическую резистентность организма, к которым относятся: пентоксил, метацил, лизоцим, апилак и др.; – в период выздоровления для восстановления нормальной микрофлоры кишечника назначают эубиотики про- и пребиотики, которые следует принимать в течение 4 недель, а также ферменты и стимулирующую терапию	

Ситуационная задача 138

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру обратилась мать 5-летнего ребенка с жалобами на повышение у него температуры тела до 38,2⁰ С, появление разжиженного стула с большим количеством слизи. Мальчика беспокоят боли в животе, ребенок часто просится на горшок, долго тужится, лицо его при этом краснеет.

При осмотре: ребенок вялый. Кожа бледная, конечности горячие на ощупь. Язык густо обложен, сухой. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, Тоны сердца звучные, тахикардия до 120 уд. в мин.

Живот мягкий, втянут, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Анус податлив. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи и сгустков крови. Мочится редко.

Ребенок посещает детское дошкольное образовательное учреждение.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите методы лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Определите свою тактику по отношению к ребенку.
4. Назовите принципы лечения. Особенности ухода за ребенком.
5. Мероприятия в отношении больных и контактных лиц.

Эталон решения ситуационной задачи 138

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз. Острая кишечная инфекция, дизентерия (шигеллез). Диагноз поставлен на основании: – острого начала заболевания, – типичной клинической картины: интоксикация, синдром дистального колита – частый жидкий стул со слизью, кровью и тенезмами, болезненная, спазмированная сигмовидная кишка	

2.	Методы лабораторной диагностики: – бактериологический метод – выделение эшерихий из испражнений, рвотных масс; – серологический метод – определение в крови специфических антител	
3.	Тактика фельдшера: госпитализация ребенка в инфекционное отделение, подача экстренного извещение в ЦГСЭН	
1	2	3
4.	Особенности ухода за ребенком: – госпитализация в отдельный бокс по типу возбудителя; – влажная уборка, проветривание, кварцевание не менее 2 р. в день; – текущая дезинфекция всех выделений и предметов пользования; – регистрация кратности и характера стула и рвоты; – учет потери жидкости со стулом и рвотными массами; – ежедневный контроль массы тела; – проведение оральной регидратации; – термометрия 2 раза в день; – следить за диурезом; – уход за кожей и слизистыми; – обеспечение лечебного питания: диета №4, из пищи исключить продукты, богатые растительной клетчаткой и раздражающие кишечник. Пища дается в проваренном и протертом виде, прием пищи небольшими порциями, через 3-4 часа. Переход на обычный режим питания осуществляется постепенно, в течение 1-2 месяцев после клинического выздоровления. Медикаментозное лечение: – антибактериальная терапия; – бактериофаг дизентерийный – внутрь курс 5 – 7 дней – энтеросорбенты – смекта, энтеродоз внутрь 5 – 7 дней; – коррекция дисбактериоза – бифидумбактерин, лактобактерин, бификол и др.; – витамины группы В, С; – ферменты ЖКТ в стадии выздоровления, курс 2 – 4 недели: фестал, панкреатин; мезим, ораза и др.; – симптоматические средства – жаропонижающие, спазмолитики, средства от метеоризма и др.	
5.	Мероприятия в отношении больных и контактных лиц: – Подается экстренное извещение в ЦГСЭН: – Изоляция контактных не проводится. – При возникновении одного случая заболевания – медицинское наблюдение за контактными в течение 7 дней; при возникновении вспышки – карантин на 7 дней с ежедневной термометрией, осмотром стула у всех контактных. – В очаге инфекции проводится текущая дезинфекция 1% раствором хлорной извести или 1% раствором хлорамина – экспозиция 60 мин. – Бактериальное обследование контактных обязательно в	

	детских яслях, эпидемически значимых объектах. Проводят комплексное обследование всех детей, персонала группы и работников пищеблока с однократным посевом испражнений на дизентерию в первые 3 дня от момента контакта с больными	
--	--	--

Ситуационная задача 139

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мальчик, 3 года.

Из анамнеза. Заболел в детском саду. Появилась повторная рвота, повышение температуры тела до $38,3^{\circ}\text{C}$, жидкий стул, водянистый с примесью слизи, обильный, желто-зеленого цвета, с резким запахом, не переваренный.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела $35,8^{\circ}\text{C}$, вялый, пьет неохотно, капризничает. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая оболочка полости рта суховата, гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс – 120 уд. в мин. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги.

За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул – 14 раз. Позывы на дефекацию возникали внезапно, сопровождались урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и водянистого стула.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите методы лабораторной диагностики заболевания.
3. Определите свою тактику по отношению к ребенку.
4. Особенности ухода за ребенком. Назовите принципы медикаментозного лечения.
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в ДДОУ.

Эталон решения ситуационной задачи 139

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предположительный диагноз. Острая кишечная инфекция, вероятно ротовирусная инфекция. Диагноз поставлен на основании: – острого начала заболевания; – ведущего симптома – рвоты; – наличия водянистой диареи; – метеоризма (живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах); – симптомов токсикоза с эксикозом: температура, вялость, пьет неохотно, снижение эластичности кожи, кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен, язык обложен белым налетом, сухой, слизистая оболочка полости рта суховата приглушенность тонов сердца, тахикардия; – гиперемии небных дужек и задней стенки глотки	

2.	Методы лабораторной диагностики: – вирусологический метод – обнаружение ротавирусов в фекалиях; – серологический метод – определение в крови специфических антител	
3.	Тактика фельдшера: госпитализация ребенка в инфекционное отделение, подача экстренного извещения в ЦГСЭН	
4.	Особенности ухода за ребенком: – госпитализация в отдельный бокс по типу возбудителя; – влажная уборка, проветривание, кварцевание не менее 2 раз в день; – текущая дезинфекция всех выделений и предметов пользования; – регистрация кратности и характера стула и рвоты; – учет потери жидкости со стулом и рвотными массами;	
1	2	3
	– ежедневный контроль массы тела; – проведение оральной регидратации; – термометрия 2 раза в день; – следить за диурезом; – уход за кожей и слизистыми; – обеспечение лечебного питания: до выздоровления исключаются молочные продукты. Пища дается в проваренном и протертом виде (куриный бульон, кисель, рисовая каша на воде без масла и т.п.). Прием пищи небольшими порциями, через 3-4 часа. Переход на обычный режим питания осуществляется постепенно, в течение 1-2 месяцев после клинического выздоровления. Медикаментозное лечение: – специфического лечения нет, возможно применение противовирусных препаратов; – энтеросорбенты – смекта, энтеродоз внутрь 5 – 7 дней; – коррекция дисбактериоза – бифидумбактерин, лактобактерин, бификол и др.; – витамины группы В, С; – ферменты ЖКТ в стадии выздоровления, курс 2 – 4 недели: фестал, панкреатин; мезим, ораза и др.; – симптоматические средства – жаропонижающие, спазмолитики, средства от метеоризма и др.	
5.	Противоэпидемические мероприятия в ДДОУ: Карантин – 7 дней после изоляции больного. Прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей в группу ДДУ, из которой изолирован больной. Запрещается перевод детей из данной группы в другие группы после изоляции больного. Не допускается общение с детьми других групп. Запрещается участие карантинной группы в общих культурно-массовых мероприятиях. Организуются прогулки карантинной группы и возвращение с них в последнюю очередь, соблюдение групповой изоляции на участке, получение пищи в последнюю очередь	

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Ребенок, возраст 3-х месяца. Болен в течение 2-х недель.

Из анамнеза. Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Был поставлен диагноз ОРВИ, назначено симптоматическое лечение. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица.

Объективно: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза.

Зев спокойный. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул, диурез в норме.

У ребенка отмечается до 25 приступов кашля в сутки, при этом периодически во время приступа наблюдалась рвота. Мокрота вязкая и ребенок ее с трудом откашливает.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите методы лабораторной диагностики, подтверждающие диагноз.
4. Назовите принципы лечения заболевания.
5. Укажите метод специфической профилактики заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 140

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предположительный диагноз. Коклюш	
2.	Обоснование: – возраст ребенка (3 мес., по возрасту еще не привит от коклюша); – появление усиливающегося кашля на фоне нормальной температуры и удовлетворительного состояния, который приобрел приступообразный характер, до 25 раз в сутки, сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой	
3.	Методы лабораторной диагностики: – ОАК (лейкоцитоз, увеличение СОЭ). – Бактериологическое исследование слизи с задней стенки глотки на коклюш. – Серологический метод – определение титра специфических антител в парных сыворотках	
4.	Принципы лечения заболевания: – Огромное значение при лечении этой болезни имеет свежий, увлажненный воздух в комнате больного (частое проветривание помещения). При нормальной температуре тела полезны прогулки на свежем воздухе (при температуре не ниже – 10⁰ С). – Необходимо сокращать внешние раздражители, вызывающие отрицательные эмоции (свет, шум и др.).	

	– Медикаментозное лечение: 1. этиотропное лечение антибиотиками (эритромицин, ампициллин); 2. для уменьшения частоты и тяжести приступов спазматического кашля назначают нейрорептики (аминазин, седуксен), которые снижают возбудимость дыхательного центра, углубляют сон, успокаивают больного; 3. оксигенотерапия; 4. антигистаминные препараты – тавегил, супрастин; 5. муколитики; ингаляции аэрозолей с протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин); 6. при тяжелом течении – кортикостероиды	
5.	Специфическая профилактика: Согласно национальному календарю прививок вакцинация против коклюша проводится трехкратно в 3, 4.5 и 6 месяцев, с однократной ревакцинацией в возрасте 18 месяцев. Используется вакцина АКДС, которая вводится в/м 0,5 мл	

Ситуационная задача 141

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Девочка, 2 года. Заболела остро, повысилась температура тела 37,8⁰ С, появился кашель. На следующий день кашель сохранялся, присоединилась осиплость голоса, одышка. На 3-ий день болезни девочка госпитализирована с диагнозом: ОРВИ, синдром крупа, стеноз гортани II степени.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок в 3-хмесячном возрасте перенес коклюш в тяжелой форме, после чего наблюдался невропатологом по поводу энцефалопатии. Имел медицинский отвод от профилактических прививок до 1 года. В возрасте года вакцинирована АДС-М анатоксином (однократно).

При поступлении: состояние ребенка тяжелое, температура тела 38,8⁰ С голос сиплый, выражена инспираторная одышка, кашель беззвучный. Кожные покровы чистые, бледные, цианоз носогубного треугольника. При вдохе отмечаются умеренные втяжения межреберных промежутков, эпигастрия.

Слизистые оболочки полости рта и зев чистые. В легких жестковатое дыхание, хрипов не слышно. Сердце – тоны несколько приглушены, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги. Сознание ясное.

Через 30 минут было отмечено резкое беспокойство ребенка, дыхание стало более затрудненным, появилась потливость волосистой части головы, парадоксальный пульс.

Ребенок срочно переведен в реанимационное отделение, где произведена прямая ларингоскопия: на голосовых связках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите методы лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Особенности ухода за ребенком.
4. Назовите принципы лечения.
5. Назовите метод специфической профилактики заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 141

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
----------	--------------------	--------------------------

1	2	3
1.	Предварительный диагноз: дифтерия гортани (дифтерийный круп), стеноз II-III степени. Диагноз поставлен на основании: – острое начало заболевания; – нарастающая лихорадка и интоксикация; – симптомы поражения гортани: сухой кашель и осиплость голоса при отсутствии других катаральных явлений; – нарастающая инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры и цианоз носогубного треугольника в покое; – при ларингоскопии на голосовых связках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета	
2.	Методы лабораторной диагностики: – Бактериологический метод: забор материала проводится с места локализации дифтерийного процесса: из носа и зева – границы пораженных и здоровых тканей с использованием шпателя, затем проводится посев материала на питательные среды (предварительный ответ – через 24 часа, окончательный ответ – через 48 – 72 часа)	
1	2	3
	– Серологический метод – определение специфических антител в сыворотке крови в динамике (метод парных сывороток). – ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ	
3.	Особенности ухода за ребенком: – изолировать больного до клинического выздоровления + отрицательного результата бактериологического обследования на BL (профилактика распространения инфекции); – масочный режим при контакте с больным (предупреждение воздушно-капельного механизма передачи инфекции); – проветривание, влажная уборка не менее 2 раз в день ((уменьшение концентрации возбудителей во внешней среде); – правильное питание: пища механически, термически и химически щадящая; витаминизированная, калорийная. – строгий постельный режим 7-10 дней, затем постепенное расширение по мере улучшения состояния ребенка; – гигиена кожи и слизистых оболочек; – профилактика осложнений – контроль диуреза и характера мочи в течение 3-х недель (возможно развитие нефрита), ЭКГ (возможно развитие миокардита)	
4.	Принципы медикаментозного лечения: – Этиотропная терапия – введение противодифтерийной сыворотки (ПДС) по методу Безредко, доза и количество раз введения зависят от тяжести и формы заболевания. – Антибиотики. – Патогенетическая терапия направлена на дезинтоксикацию, восстановление гемодинамических нарушений. – Глюкокортикостероиды (преднизолон) при среднетяжелой и тяжелой формах	
5.	Специфическая профилактика: Согласно национальному календарю прививок проводится	

	активная иммунизация: для вакцинации используется вакцинная АКДС, проводится 3-хкратно в дозе 0,5 мл в/м с 3-х мес. с интервалом 45 дней (3мес. – 4,5 мес. – 6 мес.). 1-ая ревакцинация – 18 мес., вакцина АКДС, 0,5 мл в/м 2-ая ревакцинация – 7 лет, вакцина АДС-М, 0,5 мл в/м 3-я ревакцинация – 17 лет, вакцина АДС-М, 0,5 мл в/м и далее 1 раз каждые 10 лет	
--	---	--

Ситуационная задача 142

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Фельдшер ФАП проводит первичный патронаж новорожденного ребенка.

Мальчик, 6 дней, от 1-ой физиологической беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родильном блоке, сосал активно. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Масса тела на 5-ые сутки составила 3100 г. Выписан на 5-ые сутки.

При осмотре на 6-ой день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активен, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2-х см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности. Стул неоднородный по консистенции (комочки, слизь, жидкая часть) и по окраске (участки темно-зеленого цвета чередуются с зеленовато-желтыми и даже беловатыми). Частота стула до шести раз в сутки.

Вопросы:

1. Назовите пограничные состояния, которые наблюдаются у ребенка.
2. Обоснуйте ответ.
3. Дайте объяснение их возникновению.
4. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.
5. Дайте советы по кормлению ребенка.

Эталон решения ситуационной задачи 142

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Пограничные состояния, которые наблюдаются у ребенка: физиологическая убыль массы тела, милиа, физиологическое шелушение кожи, половой гормональный криз	
2.	Обоснование: – физиологическая убыль массы тела, т.к. масса тела при рождении 3200 г, а на 5-ые сутки – 3100 г; – милиа – на крыльях носа имеются беловато-желтоватые мелкие узелки; – физиологическое шелушение кожи – на коже груди и живота крупнопластинчатое шелушение; – половой гормональный криз – молочные железы увеличены с обеих сторон до 2-х см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость;	

	– транзиторный катар кишечника – стул неоднородный по консистенции (комочки, слизь, жидкая часть) и по окраске (участки темно-зеленого цвета чередуются с зеленовато-желтыми и даже беловатыми)	
3.	Физиологическая убыль массы тела – потери воды с дыханием и через кожу, выделение первичной мочи и мекония, высыхание пуповинного остатка в первые дни жизни превышает поступление пищевых веществ с молозивом. Мириа – закупорка выводных протоков сальных желез, исчезают через 1-2 недели. Физиологическое шелушение кожи – наблюдается после исчезновения физиологической эритемы, реакция кожи на внеутробные условия. Половой гормональный криз – реакция организма ребенка на освобождение от материнских эстрогенов. Транзиторный катар кишечника – заселение кишечника микроорганизмами вызывает ответный воспалительный процесс	
1	2	3
4	Комплекс мероприятий по уходу: – грудное вскармливание по требованию ребенка; – гигиенический уход за ребенком; – смазывание участков шелушения стерильна растительным детским маслом; – нельзя выдавливать содержимое молочных желез.	
5.	Советы по кормлению ребенка: грудное вскармливание, режим «свободного кормления», ребенка кормить по требованию, без ночного перерыва, до 10 – 12 раз в сутки	

Ситуационная задача 143

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На фиксированном приеме здоровых детей мать с девочкой 3-х мес.

Мама предъявила жалобы, что у малыша в последние две недели значительно сократился интервал между кормлениями, постоянно беспокоится. Ребенок на грудном вскармливании, кормят 6-7 раз в день. При контрольном взвешивании высасывает 120 мл грудного молока.

За последний месяц поправился на 400,0 г, прибавки за 1-ый и 2-ой месяцы жизни составили соответственно 800 г и 900 г. В настоящий момент весит 5500 г.

Ребенок фиксирует взгляд на неподвижном предмете; проявляет радость оживленными движениями рук и ног, улыбкой; сосредотачивается на звуках разной интенсивности; держит голову в вертикальном положении, есть упор ног при поддержке подмышки; гулит; натолкнувшись на игрушку, захватывает ее.

Масса тела при рождении 3400 г.

Вопросы.

1. Проведите оценку нервно-психического развития ребенка.
2. Составьте примерную схему занятий с ребенком.
3. Проведите диагностику проводимого вскармливания.
4. Рассчитайте суточный и разовый объем питания. Определите вид вскармливания, необходимый ребенку.
5. Дайте рекомендации матери по организации вскармливания ребенка на ближайший месяц.

Эталон решения ситуационной задачи 143

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Оценка нервно-психического развития: Аз – фиксирует взгляд на неподвижном предмете Ас – сосредотачивается на звуках разной интенсивности Э – проявляет радость оживленными движениями рук и ног, улыбкой До – держит голову в вертикальном положении, есть упор ног при поддержке подмышки Др – натолкнувшись на игрушку, захватывает ее Ра – гулит Аз – 3, Ас – 3, Э – 3, До – 3, Др – 3, Ра – 3 Заключение: нервно-психическое развитие соответствует возрасту.	
1	2	3
2.	Примерная схема занятий с ребенком: Развитие зрительных, слуховых ориентировочных реакций, формирование хватательных движений рук, гуления. Поддерживать радостное состояние: улыбку, смех, вызывать ответные звуки – лепет. Окликать ребенка издали, вызывая отыскивание звука, слушание музыки, пения, показывать яркие игрушки, игры-пляски, приучать пить из чашки и есть с ложки. Игрушки: яркие погремушки, удобные для захватывания, кольца с привязанными к ним игрушками, колокольчики, которые подвешивают над грудью на уровне вытянутых рук	
3.	Диагностика проводимого вскармливания. Жалобы матери, что у ребенка в последние 2-е недели сократился интервал между кормлениями, он стал беспокойным, можно связать с голоданием ребенка, вероятно из-за нехватки молока вследствие развивающейся гипогалактии у матери. Это можно подтвердить путем проведения контрольного кормления (взвешивания). Сделав расчет разового количества пищи необходимого ребенку, и, сравнив с цифрой, полученной при контрольном взвешивании, можно определить, сколько молока по количеству ему не хватает, и восполнить его докормом в виде молочной смеси	
4	Расчет суточного и разового объема питания. Масса тела долженствующая = $3400 + 600 + 800 + 800 = 5600$ (г) V питания суточный = $1/6 * 5600 = 935$ (г) V питания разовый = $935 : 6$ (кормлений) = 155 – 160 (г) Определение вида вскармливания. При контрольном взвешивании высасывает 120 мл грудного молока. Ребенок переводится на смешанное вскармливание. Доза докорма = $155 (160) - 120 = 35 (40)$ г	
5.	Рекомендации матери по организации вскармливания ребенка на ближайший месяц. – в качестве докорма использовать адаптированную молочную смесь для детей первого полугодия жизни, например, НАН-1; – число кормлений оставить прежним или кормить чаще с обязательным грудным кормлением в ночное время;	

	– докорм давать после грудного кормления, с ложки или из бутылочки с твердой соской, в которой должно быть одно или несколько небольших отверстий; – смесь готовить перед кормлением, строго придерживаясь инструкции	
--	--	--

Ситуационная задача 144

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Девочка, 5 лет. В течение прошедшего года наблюдения переболела ветряной оспой и 2 раза ОРЗ. Жалоб со стороны матери и ребенка нет. Сон спокойный. Аппетит неустойчивый, избирательный.

На момент осмотра состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Полость рта санирована. ЧДД 20 раз в 1 мин. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум функционального характера. Пульс 105 ударов в 1 мин. АД 90 / 60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул 1-2 раза в день, оформленный. Мочеиспускание без особенностей.

Прошла диспансеризацию с участием основных специалистов, хронических заболеваний не выявлено.

Общий анализ крови: Эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$ / л, Hb 118 г/л, СОЭ 5 мм в час, Лейкоциты $6,2 \cdot 10^9$ /л

Общий анализ мочи:

Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Прозрачная
Удельный вес	1022
Белок	Отсутствует
Микроскопия осадка	
Лейкоциты	1 – 2 в поле зрения
Эритроциты	Отсутствуют
Цилиндры	Отсутствуют
Эпителий плоский	1 – 2 в поле зрения

Проведены антропометрические измерения: масса тела 15,5 кг; рост 112 см, окружность груди 51 см. При оценке антропометрических показателей по центильным таблицам – микросоматический тип (физическое развитие ниже среднего), развитие резко дисгармоничное

Задания:

1. Оцените общий анализ крови.
2. Оцените общий анализ мочи.
3. Оцените уровень функционального состояния основных систем организма.
4. Оцените степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям.
5. Определите группу здоровья.

Эталон решения ситуационной задачи 144

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Оценка общего анализа крови. Отмечается незначительное снижение количества эритроцитов и уровня гемоглобина ($N 4,0 - 4,5 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 120 – 140 г/л), что	

	соответствует анемии легкой степени	
2.	Оценка общего анализа мочи. Общий анализ мочи – без изменений	
3.	Оценка уровня функционального состояния основных систем организма. У ребенка отмечается нарушение аппетита (аппетит неустойчивый, избирательный). При объективном осмотре выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде функционального шума и тахикардии (пульс 105 ударов в 1 мин. при N 80 – 100 ударов в 1 мин.). Общий анализ крови: анемия легкой степени. Функциональное состояние основных систем организма ухудшенное	
4	Оценка степени сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям. За прошедший год частота острых заболеваний – 3 раза. Степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям средняя	
1	2	3
5.	Определение группы здоровья. – наличие отклонений в физическом развитии (дисгармоничное, микросоматотип), – наличие функциональных отклонений со стороны внутренних органов и систем (нарушение аппетита, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы), – снижение сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям при отсутствии хронических заболеваний позволяет отнести ребенка ко II группе здоровья	

Ситуационная задача 145

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Мальчик 6,5 лет, оформляется в школу. В течение прошедшего года ребенок перенес ветряную оспу. Прошел предварительный профилактический осмотр у узких специалистов – патологии не выявлено, полость рта санирована. Жалоб со стороны родителей на здоровье ребенка нет. Сон и аппетит не нарушен. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. ЧДД – 20 в мин., пульс 90 в мин., АД 100/65 мм рт. ст. Стул и мочеиспускание в норме. В настоящее время масса тела 22,3 кг, рост 122 см., окружность груди 60 см. При оценке полученных антропометрических показателей по центильным таблицам – физическое развитие среднее (мезосоматический тип), гармоничное. Общий анализ крови, общий анализ мочи – без изменений.

Вопросы.

1. Перечислите критерии состояния здоровья ребенка.
2. Оцените функциональное состояние
3. Определите степень резистентности организма.
4. Определите, к какой группе здоровья относится ребенок.
5. Назовите профилактические прививки, которые проводятся по национальному календарю ребенку в возрасте 6-7 лет.

Эталон решения ситуационной задачи 145

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев : 1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса; 2) уровень функционального состояния основных систем организма; 3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; 4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности	
2.	Оценка уровня функционального состояния основных систем организма. Число дыхательных движений, частота сердечных сокращений и АД соответствуют норме, отклонений в поведении нет, при проведении осмотра у узких специалистов патологии не выявлено, общий анализ крови и общий анализ мочи без изменений, поэтому функциональное состояние хорошее	
1	2	3
3.	Оценка степени сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям. За прошедший год частота острых заболеваний – 1 раз (ветряная оспа). Степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям средняя	
4.	Определение группы здоровья. – отсутствие отклонений в физическом развитии (гармоничное, мезосоматотип), – отсутствие функциональных отклонений со стороны внутренних органов и систем, – средний уровень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям при отсутствии хронических заболеваний позволяет отнести ребенка к I группе здоровья	
5.	Профилактические прививки: 6 лет – ревакцинация против кори, краснухи и эпидемического паротита; 7 лет – вторая ревакцинация против дифтерии и столбняка; 7 лет – ревакцинация против туберкулеза (при условии отрицательной пробы Манту с 2 ТЕ)	

Ситуационная задача 146

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

К фельдшеру ФАП обратилась мама с ребенком 11 лет с жалобами на появление у мальчика жажды, более частое и обильное мочеиспускание, слабость, похудание. Данные симптомы отмечаются примерно в течение 1,5 мес., постепенно нарастают. Заболевание началось без видимой причины. При более подробном расспросе выяснилось, что 3 мес. назад родители ребенка развелись, развод родителей мальчик тяжело переживал.

Объективно: сухость кожных покровов, на щеках легкий румянец, питание понижено. Одышка до 24 в 1 мин., легкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧСС 95 в 1 мин.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Определите тактику по отношению к ребенку.
4. Назовите методы лабораторной диагностики, подтверждающие диагноз.
5. Назовите принципы лечения.

Эталон решения ситуационной задачи 146

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предварительный диагноз. Сахарный диабет I типа	
2.	Обоснование: – характерные жалобы: жажда (полидипсия), более частое и обильное мочеиспускание (полиурия), слабость, похудание; – объективные данные: сухость кожных покровов (обезвоживание как следствие полиурии), на щеках легкий румянец, питание понижено, запах ацетона в выдыхаемом воздухе;	
1	2	3
	– возможный провокационный фактор развития заболевания – стресс – развод родителей	
3.	Тактика по отношению к ребенку: срочная консультация эндокринолога или госпитализация в детское, лучше профильное эндокринологическое отделение для обследования, установления диагноза и подбора лечения	
4.	Методы лабораторной диагностики, подтверждающие диагноз; – Определение уровня сахара в крови натощак. Норма у детей школьного возраста – 3,3 – 5,5 ммоль/л. – Исследование мочи на содержание в ней сахара (в дополнение к сахару крови). – Исследование мочи на ацетон. – Гликированный гемоглобин, или гликогемоглобин	
5.	Принципы лечения: – Диетотерапия: стол №9, в основе которого лежит снижение калорийности за счет ограничения потребления легкоусвояемых углеводов и животных жиров. При этом потребность в белках должна соответствовать физиологическим нормам. В настоящее время применяется система хлебных единиц (ХЕ), позволяющая больным употреблять в пищу продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы, но в определенном количестве. Режим питания: 3 основных приема пищи (завтрак, обед, ужин) и 3 дополнительных приема пищи (2-ой завтрак, полдник, 2-ой ужин). – Инсулиноterapia: средняя суточная потребность в инсулине	

	зависит от массы тела ребенка, давности заболевания, характера его течения. Суточная доза вводится в 5 инъекций: 2 раза в день – пролонгированный инсулин и 3 раза – инсулин короткого действия. Пролонгированные препараты инсулина вводятся утром (перед завтраком) и вечером (перед ужином или перед сном), что позволяет создать ровный фон (базальный уровень) инсулина в течение суток. Роль этого инсулина – нормализация уровня сахара крови в промежутках между приемами пищи и в ночные часы. Перед каждым основным приемом пищи (завтрак, обед, ужин) с целью усвоения принятых углеводов вводится инсулин короткого действия. – подбор физических нагрузок; – обучение самоконтролю (обучение в «школах сахарного диабета»; определение уровня сахара в крови с помощью глюкометра)	
--	---	--

Ситуационная задача 147

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Девочка, 9 лет. В течение последних 3-х месяцев жалуется на периодически возникающее ощущение тяжести в груди. В течение последнего месяца дважды отмечался приступ навязчивого кашля и затрудненного дыхания. Оба приступа возникали рано утром, длились примерно 10 – 15 минут, купировались самостоятельно.

Из анамнеза: ребенок с 5-тимесячного возраста страдает atopическим дерматитом, в настоящее время наблюдается у аллерголога с диагнозом: atopический дерматит, детская форма, стадия неполной ремиссии.

Аллергологический анамнез отягощен по отцовской линии: бабушка ребенка страдает бронхиальной астмой, у отца – респираторный поллиноз.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите метод, который проводится для диагностики и мониторинга данного заболевания в домашних и клинических условиях, его сущность.
4. Назовите принципы базисной терапии данного заболевания.
5. Перечислите основные меры устранения воздействия причинных факторов заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 147

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1	2	3
1.	Предварительный диагноз. Бронхиальная астма	
2.	Обоснование: – жалобы на периодически возникающее ощущение тяжести в груди; – в течение последнего месяца дважды отмечался приступ навязчивого кашля и затрудненного дыхания; – дисфункция дыхания возникала рано утром; – отягощенный аллергический анамнез по отцовской линии; – сама девочка страдает atopическим дерматитом	

3.	Метод, который проводится для диагностики и мониторинга данного заболевания в домашних и клинических условиях, его сущность. Пикфлоуметрия, с ее помощью определяют ПСВ (пиковая скорость выдоха) - л/мин. Ее показатели зависят от возраста, пола и роста ребенка и имеются в стандартных таблицах. Исследование проводится 2 раза в день, утром и вечером. Больной ведет дневник, где вычерчивает кривую пикфлоуметрии. В норме ПСВ должна быть не менее 80% от нормы. Снижение показателей ниже 80% свидетельствует о бронхиальной обструкции	
4.	Принципы базисной терапии. Применение противовоспалительных препаратов и бронхолитиков для профилактики обострений бронхиальной астмы. К средствам базисной терапии относятся: 1. глюкокортикостероиды (ингаляционные – например, бекламетазон, будесонид и системные – преднизолон); 2. пролонгированные β_2 -агонисты, например салметрол; 3. кромоны (кромогликат натрия, недокромил натрия); Объем базисной терапии определяется тяжестью и уровнем контроля бронхиальной астмы, возрастом больных детей, характером сопутствующей патологии	
5.	Основные меры устранения воздействия причинных факторов заболевания. – снижение влажности в жилых помещениях, регулярная стирка постельного белья (1-2 р. в неделю); влажная уборка помещения; – замена ковров и ковровых покрытий на легко моющиеся линолеум или паркет, гардин и занавесок в спальне на моющиеся жалюзи, мебели с тканевым покрытием на моющуюся кожаную или виниловую;	
1	2	3
	– устранение мягких игрушек из спальни, при необходимости их стирка в горячей воде 55–60°C; – проветривание помещений в те часы, когда концентрация пылицы в воздухе наименьшая (например, вечером) и закрывание окон днем в пик поллинозиса, ношение солнцезащитных очков для уменьшения попадания пылицы на слизистую глаз; – исключение контактов с травой, сеном, участия в сезонных сельхозработах; – отказ от использования для лечения фитопрепаратов, от применения растительных косметических средств; – противоаллергическая диета; – не заводить домашних животных; не посещать цирк, зоопарк и дома, где есть животные; не пользоваться одеждой из шерсти, меха животных; – устранять активное и пассивное курение; – не проводить ремонт помещений в присутствии детей	

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Родители мальчика А., 5 лет обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. **Жалобы** на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3-х и 4-х лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения, в них.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-хлетнем возрасте.

Ребенок находится на диспансерном учете у гематолога.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите изменения со стороны клинического анализа крови, характерные для данного заболевания.
3. Назовите причины развития данного заболевания.
4. Дайте рекомендации по организации образа жизни.
5. Назовите принципы медикаментозного лечения заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 148

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предварительный диагноз. Гемофилия. Обоснование: – мужской пол, – наличие характерного геморрагического синдрома в течение 4-х лет в виде появления обширных подкожных гематом после травм, гемартрозов и кровотечений из слизистых (из носа)	
1	2	3
2.	Изменения со стороны клинического анализа крови – Удлинение времени свертывания. – Постгеморрагическая анемия	
3.	Причины развития данного заболевания. Наследственное заболевание, протекающее с нарушением гемостаза. Различают гемофилию А – обусловлена дефицитом фактора VIII (антигемофильный глобулин) и гемофилию В (болезнь Кристмаса) – связана с дефицитом фактора IX. Ген, регулирующий синтез факторов VIII и IX, локализуется в X-хромосомах половых клеток. У женщин, носителей этого заболевания, вторая X-хромосома нормальная. По правилам наследования гена, сцепленного с X-хромосомой, все дочери отца, больного гемофилией – носители заболевания, а все сыновья здоровы. У сыновей, матери которых являются носителями заболевания, вероятность родиться больными составляет 50%	
4.	Рекомендации по организации образа жизни.	

	Необходимо проводить профилактику травм: – отвлекать от шумных игр чтением книг, настольными играми, телепередачами и т.п.; – развивать склонность к умственному труду; – целенаправленно заниматься профориентацией. Все лекарственные препараты вводятся через рот или внутривенно. Противопоказано применение ряда препаратов: аспирин, бруфен, индометацин и др., т.к. они могут усилить дефект гемостаза. В школе д.б. отдельная парта, дополнительные выходные дни, при тяжелом течении заболевания – индивидуальное обучение. Противопоказаны занятия физкультурой и тяжелым физическим трудом. Показаны индивидуальные занятия плаванием, ЛФК для развития мышечной защиты суставов	
5.	Принципы медикаментозной терапии основаны на заместительном введении недостающего фактора. Дозы и длительность зависят от уровня VIII и IX факторов, подбираются индивидуально, вводятся внутривенно	

Ситуационная задача 149

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

На фиксированном приеме здоровых детей мать с мальчиком 6 месяцев 5 дней. Ребенок находится на грудном вскармливании. Жалоб мама не предъявляет. Мальчик подползает к игрушке, сидит, поворачивается с живота на спину, произносит первые слоги, берет игрушки из любого положения, ест с ложки, снимая пищу губами.

Вопросы.

1. Оцените нервно-психическое развитие ребенка.
2. Рассчитайте должную массу тела ребенка, если известно, что масса тела при рождении 3000 г.
3. Рассчитайте суточное и разовое количество пищи.
4. Составьте примерное меню на 1 день.
5. Назовите профилактические прививки, которые необходимо провести ребенку в этом возрасте.

Эталон решения ситуационной задачи 149

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Оценка нервно-психического развития ребенка. До – подползает к игрушке, сидит, поворачивается с живота на спину. Др – берет игрушки из любого положения. Ра – произносит первые слоги. Н – ест с ложки, снимая пищу губами. До – 6 мес., Др – 6 мес., Ра – 6 мес., Н – 6 мес. Нервно-психическое развитие ребенка соответствует возрасту.	
2.	Расчет должной массы тела. 3000 г (м.т. при рождении) + 600 г + 800 г + 800 г + 750 г + 700 г + 650 г (средние ежемесячные прибавки м.т.) = 7300 г	
3.	Расчет суточного и разового количества пищи. V суточный = 1/7 x должную м.т. ≈ 1040 (г) Число кормлений 5 раз в день.	

	$V \text{ разовый} = 1040 : 5 = 200 - 210 \text{ (г)}$													
4.	Примерное меню<table><tr><th>Время</th><th>Продукты</th></tr><tr><td>6.00</td><td>Грудное молоко</td></tr><tr><td>10.00</td><td>Молочная каша Фруктовый сок Грудное молоко</td></tr><tr><td>14.00</td><td>Овощное пюре Грудное молоко</td></tr><tr><td>18.00</td><td>Творог Фруктовое пюре Грудное молоко</td></tr><tr><td>22.00</td><td>Грудное молоко</td></tr></table>	Время	Продукты	6.00	Грудное молоко	10.00	Молочная каша Фруктовый сок Грудное молоко	14.00	Овощное пюре Грудное молоко	18.00	Творог Фруктовое пюре Грудное молоко	22.00	Грудное молоко	
Время	Продукты													
6.00	Грудное молоко													
10.00	Молочная каша Фруктовый сок Грудное молоко													
14.00	Овощное пюре Грудное молоко													
18.00	Творог Фруктовое пюре Грудное молоко													
22.00	Грудное молоко													
5.	Профилактические прививки, которые необходимо провести ребенку: – 3-я вакцинация против гепатита В, – 3-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, – 3-я вакцинация против полиомиелита													

Ситуационная задача 150

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы

Основная часть

Вызов к ребенку 3-х лет, посещающему детское дошкольное учреждение. Заболел три дня назад, беспокоит сильный кашель, насморк, слезотечение, температура тела $38,0^0 - 38,3^0\text{C}$.

Эпидемиологический анамнез: Ребенок из семьи переселенцев, начал прививаться с 2-х летнего возраста, проведена вакцинация АКДС (против коклюша, дифтерии, столбняка) и против полиомиелита.

При осмотре: состояние средней тяжести, светобоязнь, конъюнктивит, в зеве – гиперемия, на слизистой щек мелкоточечные белые высыпания, на мягком небе – энантема. Дыхание жесткое, тоны сердца учащены.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте ответ.
3. Назовите дополнительный симптом данного заболевания, появляющийся на 4-ый – 5-ый день болезни.
4. Назовите мероприятия в отношении контактных лиц.
5. Укажите методы специфической профилактики данного заболевания.

Эталон решения ситуационной задачи 150

№ п/п	Выполнение задания	Выполнил/ Не выполнил
1.	Предварительный диагноз. Корь, катаральный период.	
2.	Обоснование диагноза: – синдром лихорадки (температура тела $38,0^0 - 38,3^0\text{C}$); – синдром катарального воспаления слизистых оболочек верхних дыхательных путей и конъюнктив (беспокоит сильный кашель, насморк, слезотечение, объективно – светобоязнь, гиперемия в зеве); – типичные для кори энантема на мягком небе и пятна Филатова-Бельского – на слизистой щек мелкоточечные белые высыпания;	

	– ребенок непривитой против кори	
3.	Дополнительный симптом данного заболевания, появляющийся на 4-ый – 5-ый день болезни – появляется пятнисто-папулезная сыпь на лице и шее, которая затем распространяется на туловище и конечности	
4.	Мероприятия в отношении контактных лиц. – Информация в ЦГСЭН: извещение подается не позднее 12 часов после выявления больного. – Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка. – На ДДУ накладывается карантин на 21 день с момента изоляции больного. Контактные дети не переводятся в другие группы. Наблюдение за контактными детьми (термометрия, осмотр зева, кожи). Санитарно-просветительная работа. В детские учреждения можно принимать детей, переболевших корью и привитых.	
5.	Специфическая профилактика. Вакцинация против кори проводится в 12 мес., Ревакцинация – в 6 лет. Вакцину вводят подкожно или внутримышечно в область лопатки или плеча в дозе 0,5 мл	