краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Владивостокский базовый медицинский колледж»

(КГБПоУ «ВБМк»)

**СБОРНИК ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ**

**ПО МДК 02.01. ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ, НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

для обучающихся специальности 31.02.01. Лечебное дело

Владивосток

2024

Сборник экзаменационных заданий по МДК 02.01 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля: - Владивосток: КГБПОУ «ВБМК», 2024. – 40 с.

Сборник содержит оценочные материалы для подготовки к экзамену по МДК 02.01.Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля, предназначен студентам специальности 31.02.01 «Лечебное дело».

Сборник включает банк ситуационных задач и практических навыков.

Составители:

О.В.Артамонова, преподаватель высшей квалификационной категории Уссурийского филиала КГБПОУ «ВБМК»;

Т.Н.Картушина, преподаватель Уссурийского филиала КГБПОУ «ВБМК»;

Т.И.Никитина, преподаватель Уссурийского филиала КГБПОУ «ВБМК»;

Сборник рассмотрен и утвержден на заседании ЦМК терапевтических и клинических дисциплин

Протокол № 1 от « 05» сентября 2024 г.

Председатель ЦМК Ведерникова О.К.

|  |  |
| --- | --- |
| ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА | 4 |
| БЛОК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ | 7 |
| БЛОК ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ | 25 |

**Оглавление**

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Программа МДК 02.01. **«**Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля» изучается студентами специальности «Лечебное дело» на первом и втором курсах (II - IV семестрах)/ втором и третьем курсах (IV - VI семестрах). По окончании изучения МДК 02.01 в соответствии с учебным планом специальности в IV семестре (на базе среднего общего образования)/ VI семестре (на базе основного общего образования) проводится промежуточная аттестация в форме экзамена.

В результате оценки осуществляется проверка следующих объектов:

уметь:

* осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей);
* интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей);
* оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей;
* проводить физикальное обследование пациента, включая:
* осмотр,
* пальпацию,
* перкуссию,
* аускультацию
* оценивать состояние пациента;
* оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания, проводить:
* общий визуальный осмотр пациента,
* проводить осмотр беременных женщин и направлять на пренатальный скрининг в случае физиологически протекающей беременности для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;
* интерпретировать и анализировать результаты физикального обследования с учетом возрастных особенностей и заболевания:
* термометрию общую,
* измерение частоты дыхания,
* измерение частоты сердцебиения,
* исследование пульса, исследование пульса методом мониторирования,
* измерение артериального давления на периферических артериях,
* проводить диагностику неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений у взрослых и детей;
* выявлять пациентов с повышенным риском развития злокачественных новообразований, с признаками предраковых заболеваний и злокачественных новообразований и направлять пациентов с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология";
* обосновывать и планировать объем инструментальных и лабораторных исследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;
* интерпретировать и анализировать результаты инструментальных и лабораторных обследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;
* обосновывать необходимость направления пациентов к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;
* определять медицинские показания для оказания медицинской помощи с учетом возрастных особенностей;
* формулировать предварительный диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
* разрабатывать план лечения пациентов с хроническими неосложненными заболеваниями и (или) состояниями и их обострениями, травмами, отравлениями;
* назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза и клинической картины заболевания;
* проводить мониторинг течения заболевания, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания;
* оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения;
* проводить измерение и оценку показателей жизнедеятельности пациентов в динамике, интерпретировать полученные данные;

Знать:

* клиническое значение и методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов или их законных представителей;
* закономерности функционирования здорового организма человека с учетом возрастных особенностей и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем;
* особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах;
* правила и цели проведения амбулаторного приема и активного посещения пациентов на дому;
* клиническое значение методики проведения медицинских осмотров и обследования пациента;
* методика расспроса, осмотра пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания;
* клинические признаки и методы диагностики заболеваний и (или) состояний у детей и взрослых, протекающих без явных признаков угрозы жизни и не требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
* клиническое значение основных методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;
* признаки физиологически нормально протекающей беременности;
* этиологию, патогенез, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы наиболее распространенных острых и хронических заболеваний и (или) состояний;
* международную статистическую классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;
* медицинские показания к оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;
* медицинские показания и порядок направления пациента на консультации к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу),  
  участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам;
* медицинские показания к оказанию специализированной медицинскойпомощи в стационарных условиях;
* порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи, технологии выполнения простых медицинских услуг;
* механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению лекарственных препаратов, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции на введение лекарственных препаратов;
* методы немедикаментозного лечения: медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции;
* принципы, цели и объем динамического наблюдения пациентов, с высоким риском развития или наличием заболеваний с учетом возрастных особенностей;

**Экзамен проводится по вариантам заданий (билеты). Вариант включает 2 задания**: 1 ситуационная задача и выполнение практического навыка.

Время выполнения заданий - 30 минут.

Оценки, полученные в ходе экзамена, заносятся преподавателем в зачетную книжку студента (кроме неудовлетворительных) и экзаменационную ведомость (в том числе и неудовлетворительные).

**БЛОК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**Ситуационная задача №1**

Больная В., 43 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты.

*Анамнез заболевания:* больной себя считает 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле, далее все симптомы исчезают. Ухудшение состояния связывает со стрессом.

*Анамнез жизни:* наследственность отягощена- у матери и бабушки также отмечались приступы удушья. Аллергия на клубнику, пенициллин.

*Объективно:* состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, все мышцы плечевого пояса участвуют в акте дыхания. Дыхание шумное, ЧДД 28 в минуту, слышны дистанционные хрипы. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по средне- подмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, умеренно громкие, ясные, 96 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной..

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных, инструментальных и рентгенологических показаний.
3. Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №2**

Фельдшер вызван на дом к больному З., 32-х лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышение температуры до 38,6С. , потливость, недомогание, слабость, одышку при движениях, боль в правой половине грудной клетки.

*Анамнез заболевания:* Заболел 10 дней назад после переохлаждения, когда повысилась температура до 38,0 С, сухой кашель, боли под правой лопаткой при кашле и дыхании. За медицинской помощью не обращался, принимал парацетамол, кетанов. За последние сутки состояние резко ухудшилось: усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом в связи с чем был вызван фельдшер.

*Анамнез жизни:* пациент курит, алкоголь периодически употребляет.

Объективно: температура 38,50 С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука с участками тимпанита. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание амфорическое, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы, на остальном протяжении дыхание везикулярное. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца ясные, приглушены, ритм правильный. ЧСС 102 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Стул, диурез норме.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и рентгенологических показателей.
3. Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача № 3**

Больная К., 68 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянно тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость.

*Анамнез заболевания:* В течение многих лет страдает гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда. Ухудшение в течение месяца с усиления вышеуказанных жалоб.

*Объективно:* состояние средней тяжести, температура 36,40 С., отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание ослабленное, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. АД 130/100 мм.рт. ст. Пульс 100 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжения, ритм неправильный. Тоны сердца аритмичные, приглушенные, ЧСС 100 в мин. АД 130/100 мм.рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабо болезненный в правом подреберье. Печень выступает из под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см., умеренно болезненная. Диурез снижен.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией биохимического исследования крови.
3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача № 4**

Фельдшера вызвали на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли за грудиной и в области сердца давящего характера с иррадиацией в левую руку, под левую лопатку, выраженную слабость.

*Анамнез заболевания:* приступ болей возник 2 часа назад. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе. Прием нитроглицерина эффекта не дал, в связи с чем был вызван фельдшер.

*Объективно:* общее состояние тяжелое, сознание ясное, температура 36,80 С. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, акроцианоз. Дыхание везикулярное. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные, . ЧСС 96 в мин. Пульс 96 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 90/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией данных электрокардиографического обследования.
3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача № 5**

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

*Анамнез заболевания:* больным себя считает в течение года, ухудшение в течение 3х дней после употребления острой, кислой пищи с появления болей в животе, изжоги, Самолечение таблетками ношпы без эффекта.

*Анамнез жизни:* больной питается нерегулярно, предпочитает острую, кислую пищу, много курит, периодически употребляет алкоголь.

*Объективно:* общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны органов дыхания патологии нет. АД 120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, громкие, ритм 80 в минуту. Язык обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Стул периодически запоры, диурез в норме.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и рентгенологических показаний.
3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №6**

К фельдшеру обратилась больная Л., 43 лет с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка с иррадиацией в спину, под левую лопатку, возникающие после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области, вздутие в животе, неустойчивый стул,

*Анамнез заболевания:* много лет страдает хроническим холециститом. Ухудшение в течение последнего месяца, связывает с употреблением острой, жирной пищей. Лечилась ношпой, панкреатином без эффекта, в связи с чем обратилась за медицинской помощью.

*Объективно:* Состояние средней тяжести, температура 37,20 С Кожа чистая, умеренно влажная, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастральной области. в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшной полости нет. Стул периодически жидкий с примесью непереваренной пищи, периодически запоры.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных показателей.
3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №7**

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 42 лет.

Больная предъявляла жалобы на постоянную головную боль в затылочной части, отсутствие аппетита, постоянную тошноту, периодическую рвоту, одышку, общую резкую слабость, жидкий стул, снижение диуреза.

*Анамнеза заболевания:* больной себя считает в течение 8 лет, лечилась стационарно в связи с заболеванием почек, в период госпитализации были отеки на лице, на ногах, повышалось артериальное давление; отмечались изменения в моче, но какие – больная не знает. Настоящее ухудшение в течение 10 дней, с усиления головных боли, появления тошноты, рвоты, жидкого стула. Лечилась эналаприлом, энтеросгелем без эффекта, в связи с чем был вызван фельдшер.

*Объективно:* общее состояние тяжелое, лицо одутловатое, температура 37,30 С. Резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая, изо рта запах аммиака. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от средне - ключичной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 96 в мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной, оклопупочной области. Отеки нижних конечностей. Стул частый, жидкий.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных, инструментальных и рентгенологических показателей.
3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №8**

К фельдшеру обратилась больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание «мушек» перед глазами, желание есть мел.

Анамнез заболевания: у больной обильные и длительные (по 8дней) менструации, 2 беременности и роды, кормление грудью. В питании мясной пище предпочитает углеводы и растительные продукты. Препараты железа принимала не постоянно. Ухудшение состояния в течение месяца в связи, с чем обратилась к фельдшеру.

Объективно: температура 36,70 С., общее состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс 100 в мин., ритмичный, слабого наполнения, напряжения. , АД 100/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных показателей.
3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №9**

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

Анамнез заболевания: подобные жалобы появились 3 месяца назад. За медицинской помощью не обращалась, не лечилась.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,60 С, рост 160 см., масса тела 92 кг.( ИМТ35,9кг/м2). Кожа сухая, видны следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, абдоминальный тип. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Стул обычный. Диурез до 4 -5 литров в сутки.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных показателей.
3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №10**

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание.

*Анамнез заболевания:* данное заболевание связывает со стрессовой ситуацией, считает себя больной 4 месяца. Не лечилась, за медицинской помощью до настоящего времени не обращалась.

*Объективно:* Общее состояние средней тяжести. Температура 37,20 Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом «толстой шеи»). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/80 мм рт. ст.Живот мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. Стул частый. жидкий.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.
3. Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №11**

Больной В., 53 лет обратился к фельдшеру в ФАП с жалобами на кашель со слизисто – гнойной мокротой, одышку при ходьбе и движениях, слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37,5С.

*Анамнез заболевания:* последние 5 лет кашель с мокротой, одышка при ходьбе. Неоднократно лечился амбулаторно, 3 года назад стационарно с обострением заболевания. Ухудшение четвертый день после переохлаждения с вышеуказанных жалоб Лечился самостоятельно отхаркивающими препаратами без эффекта.

Анамнез жизни: курит более 30 лет.

*Объективно.* Общее состояние средней тяжести, температура 37,С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком, нижняя граница легких смещена вниз. Дыхание жесткое, в нижних отделах с ослаблением, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы по всем легочным полям. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ясные, приглушенные, ритмичные, ЧСС - 94 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.
2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и рентгенологических показателей.
3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №12**

К фельдшеру по СМП вызов к больному П. 35 лет. Предъявлял жалобы на резкое повышение температуры, слабость, потливость, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, одышку, кашель с выделением мокроты «ржавого» цвета.

*Анамнез заболевания:* заболел после переохлаждения 2 дня назад. В домашних условиях принимал жаропонижающие препараты, но состояние быстро ухудшалось, по поводу чего вызвал СМП.

*Данные объективного обследования:* состояние средней тяжести, температура 39,8 С. Лицо гиперемировано, на губах герпетические высыпания. ЧДД 28 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижних отделах правого легкого усилено, при перкуссии там же – притупление легочного звука, при аускультации на фоне жесткого дыхания крепитирующие и влажные хрипы. Пульс 110 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 110 и 70 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритм 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и диурез в норме.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и рентгенологических показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №13**

Фельдшер вызван на дом к пациенту У, 38 лет. Жалобы на повышение температуры до 39С, одышку, боль и чувство тяжести в грудной клетке справа, сухой кашель, общую слабость, потливость, головную боль, нарушение сна.

*Анамнез заболевания:* считает себя больным 10 дней, связывает с переохлаждением, лечился жаропонижающими. Ухудшение наступило в последние 2 дня, усилилась одышка, сухой кашель, температура повысилась до 39 С, с ознобом и проливным потом.

*Объективно:* **с**остояние тяжелое, температура 38,2С. Положение сидя в постели, лежа – одышка усиливается. Кожные покровы чистые, бледные, влажные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание поверхностное, ЧДД 30 в мин, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно определяется тупой звук справа ниже 5 ребра по задней поверхности грудной клетки. При аускультации справа в задне – нижних отделах грудной клетки дыхание не проводится. Пульс 120 уд./мин. АД 110 и 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, Стул, диурез в норме,

**Задание**:

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией и лабораторных, рентгенологических показателей.

3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача № 14**

К фельдшеру в ФАП обратился пациент Я. 18 лет с жалобами на повышение температуры до 37,8С, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита.

*Анамнез заболевания:* больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Лечился сам таблетками индометацина без эффекта.

*Объективно:* состояние средней тяжести, температура 37,8С, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах ограниченные, болезненные. В легких патологических изменений нет, ЧДД=20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 96 уд./мин., АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача № 15**

К фельдшеру в ФАП обратилась больная Ф. 46 лет с жалобами на быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, выпадение волос, запоры.

*Анамнез заболевания:* в последние 2 года снижен интерес к окружающему (происходящему), отмечается увеличение массы тела, ломкость ногтей, сухость кожи, выпадение волос, запоры. За медицинской помощью не обращалась, не лечилась.

*Объективно:* температура 35,4 С., состояние средней тяжести. заторможена, речь замедленная, голос низкий, отек языка. Кожа сухая, холодная на ощупь, шелушащаяся, подкожно-жировой слой выражен избыточно. Лицо бледное, одутловатое. Тоны сердца приглушены, пульс 50 уд./мин., ритмичный, АД 100 и 70 мм рт. ст., ЧДД 20 в мин. Плотные отеки на нижних конечностях, гиперкератоз в области стоп, запоры.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №16**

На прием к фельдшеру обратилась больная Г. 32 лет, с жалобами на общую слабость, снижение трудоспособности, ухудшение аппетита, похудание, давящие боли в правом подреберье, тошноту, желтушность склер, кожный зуд.

*Анамнеза заболевания:* несколько лет в связи с болями в позвоночнике принимала НПВП (диклофенак, кетанов, мавалис). В течение 2х лет общая слабость, снижение трудоспособности, ухудшение аппетита, похудание на 5 кг, периодически тяжесть в правом подреберье. За медицинской помощью не обращалась. Последние 3 дня появились боли в правом подреберье, тошнота, кожный зуд, усилилась слабость, изменился цвет мочи, стула.

*Объективно:* состояние средней тяжести, сознание ясное. Пониженного питания, температура 37,3С. На коже грудной клетки «сосудистые звездочки», желтушность склер. Грудная клетка обычной формы. ЧД 18 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов не слышно. Тоны сердца ясные, умеренно громкие 76 в мин. Пульс 76 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения. АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Пальпировалась плотная, болезненная печень на 4 см. из – под края реберной дуги. Селезенка при пальпации по краю реберной дуги. Стул светлый, оформленный, периодически кашецеобразный, без патологических примесей. Моча темного цвета, диурез достаточный.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3. Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №17**

К фельдшеру обратилась больная Ж. 32 лет, с жалобами на приступы одышки, осиплость голоса, отек лица, губ, ушей, высыпания на туловище, конечностей, кожный зуд, слабость, повышение температуры до 37,8С.

*Анамнез заболевания:* заболела остро через 2 часа после приема 1 таблетки ампициллина (лечилась по поводу ОРВИ). Приняла 1 таблетку зиртека, далее самостоятельно обратилась в ФАП.

*Анамнез жизни:* с детства пищевая аллергия на цитрусовые, клубнику, мед. Ранее была крапивница на косметические средства.

Объективно: состояние средней тяжести. сознание ясное. Температура 37,8С., кожные покровы гиперемированы, уртикарная сыпь на туловище, конечностях, отек лица, губ, ушей. ЧД 22 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца умеренно громкие, ясные, ритм правильный 90 в мин. Пульс 90 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения. АД 130/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №18**

Фельдшер вызван на дом к больному Е., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, тошноту, головокружение, мелькание мушек перед глазами, онемение кончиков пальцев.

*Анамнез заболевания:* Головные боли периодически беспокоили в течение 4 – 5 лет, больной не придавал им значения, за медицинской помощью не обращался. Периодически самостоятельно принимал спазмолитики и анальгетики с неполным эффектом. Ухудшение после стресса за 2 часа до обращения к фельдшеру.

*Анамнез жизни:* Длительно курит 1 пачку сигарет в день, алкоголь употребляет. У матери пациента было нарушение мозгового кровообращения.

Объективно: общее состояние средней тяжести. температура 36,4° С. Рост 180 см, вес 110 кг. (ИМТ 33,9 кг./м2).Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка чрезмерно развита. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от средне - ключичной линии, тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 94 в мин., пульс твердый, напряженный, 94 в мин, АД 200/110 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №19**

Больная Д. 30 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на отечность, боли и ограничение при движениях в лучезапястных и мелких суставах кистей и стоп, скованность, тугоподвижность в суставах по утрам; повышение температуры до 37,8С; быструю утомляемость, общую слабость.

*Анамнез заболевания:* страдает заболеванием суставов 5 лет, наблюдалась у ревматолога, получала курсы противовоспалительной терапии. Периодически по утрам отмечала скованность, тугоподвижность в суставах Ухудшение 5 дней после ОРВИ с появления отечности, усиления болей и ограничения при движениях в лучезапястных и мелких суставах кистей и стоп, повышение температуры до 37,8С. Лечилась индометацином с неполным эффектом, затем обратилась за медицинской помощью.

*Объективные данные:* состояние средней тяжести, температура 37,8С, кожные покровы чистые, отечность, боли и ограничение при движениях в лучезапястных и мелких суставах кистей и стоп, особенно по утрам. Имеется деформация проксимальных межфаланговых суставов 2, 3, 4 пальцев кистей и стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=20 в мин. Тоны серца ясные, умеренно громкие, ритмичные, пульс 88уд./мин., АД=120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №20**

К фельдшеру обратилась больная О. 20 лет с жалобами на головную боль, головокружение, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на лице и под глазами, боли в поясничной области, повышение температуры до 37,5С. уменьшение количества мочи.

Из анамнеза заболевание выяснено, что в 15 летнем возрасте перенесла острый гломерулонефрит. В течение последних 5 лет беспокоили головные боли, головокружения, которое связывала с психоэмоциональными стрессами на учебе. Постоянно у врача не наблюдалась и не лечилась. Вышеуказанные жалобы появились 2 недели назад после перенесенной ангины. Лечилась самостоятельно эналаприлом эффекта, в связи с ухудшением состояния обратилась к фельдшеру.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура 37,2 С..кожные покровы, бледные, одутловатость, отеки на лице и под глазами. Зав умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены, налетов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца умеренно громкие, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. Пульс 96 в мин, напряженный; АД 180/110 мм.рт.ст. Язык влажный, живот мягкий безболезненный. Симптом поколачивания (Пастернацкого) положительный с обеих сторон. Диурез снижен.

**Задание**:

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №21**

На прием к фельдшеру пришел больной К., 36 лет, с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды больной ограничивает прием пищи.

*Анамнез заболевания;* болен 5 лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Ухудшение 2 ой день, связывает со стрессом. Самостоятельно принимал омепразол, состояние не улучшалось, обратился к фельдшеру.

*Анамнез жизни:* больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день, предпочитает острую, кислую пищу.

*Объективно:* общее состояние средней тяжести, температура 36,С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Органы дыхания и кровообращения без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул – склонность к запорам.

**Задание**:

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №22**

К фельдшеру в поликлинику обратилась больная В. 53 лет, с жалобами на боли в правом подреберье, иррадиирующие в спину, под правую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд, снижение аппетита, тошноту, периодически рвоту желчью, вздутие в животе, запоры.

*Анамнез заболевания:* Данные симптомы беспокоят в течение 3х лет. Лечилась амбулаторно у терапевта и гастроэнтеролога спазмолитиками, ферментами. Ухудшение 2 дня после употребления острой, жирной пищи. Принимала таблетки ношпы без эффекта, в связи с чем обратилась к фельдшеру.

*Объективно: состояние* средней тяжести, температура 37,2 С. Кожные покровы чистые, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везкулярное, хрипов нет. ЧД18 в минуту. Тоны сердца ясные, умеренно громкие, 84 в минуту. АД 130/80 мм. от. ст. Язык влажный. обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, вздут. Печень не пальпировалась. Симптомы Ортнера, Мерфи положительные. Стул периодически запоры.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №23**

К фельдшеру обратился больной М. 48 лет с жалобами на тяжесть, давящие боли в правом и левом подреберьях, увеличение живота в объеме, тошноту, запоры, слабость, утомляемость, снижение аппетита, похудание, одышку в горизонтальном положении, нарушение сна из-за одышки.

*Анамнез заболевания:* 3 года назад переболел вирусным гепатитом В, далее не обследовался, не лечился. В течение последнего года появилась слабость, снизился аппетит, похудел. Около месяца назад отметил появление болей в правом и левом подреберьях, одышки, запоров, увеличение объема живота на фоне общего снижения веса. Анамнез жизни: употребляет алкоголь ежедневно около 0,5 литра, курит по 1 пачке сигарет в день. Диету не соблюдает. Наследственность не отягощена. Не работает.

*Объективно:* общее состояние средней тяжести, температура тела-37,2 0С. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже туловища и лица отмечаются «сосудистые звёздочки». Дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 98 в мин., АД=130/100 мм. рт. ст. Язык малиновый. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости, на передней брюшной стенке наличие расширенных вен по типу «головы медузы». При пальпации живот болезненный в правом подреберье, печень, селезенка четко не пальпируются из –за асцита. Стул запоры по 3 – 4 дня.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №24**

К фельдшеруобратилась больная Ц.. 24 лет с жалобами на обильное мочеиспускание, жажду, зуд в области промежности, слабость, снижение аппетита, похудание на 5 кг.

Анамнез заболевания: подобные симптомы появились около 3 мес. назад, за медицинской помощью не обращалась. Последние 2 недели усилилась жажда, зуд в области промежности.

Анамнез жизни: наследственность отягощена по сахарному диабету. В еде отдаёт предпочтение углеводной пище. В 18 летнем возрасте перенесла вирусный гепатит А.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС=84 уд. в мин. АД=110/70 мм.рт.ст. Пульс 84 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык сухой, обложен у корня белым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание частое, обильное, диурез увеличен.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №25**

К фельдшеру обратилась больная Д. 18 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,8°С, тошноту, однократную рвоту, боли и отек в правом коленном суставе, схваткообразные боли в животе.

*Анамнез заболевания:* больная перенесла ангину за 10 дней до настоящего заболевания, лечилась сама 5 дней ( амоксиклав, аспирин) с неполным эффектом. Затем присоединились боли и отек в правом коленном суставе, далее в левом голеностопном суставе, болезненность в них при движениях.

За сутки до обращения повысилась температура тела до 38,8°С, появилась тошнота, однократная рвота, схваткообразные боли в животе, принимала аспирин.

Анамнез жизни: аллергические реакции в виде кожной сыпи и зуда на цитрусовые, шоколад, красную рыбу, орехи, мед. Имеются кариозные зубы.

*Объективно:* определяется мелкоточечная сыпь вокруг локтевых и коленных суставов, на шее, в складках. Отдельные элементы сыпи обнаружены на мягком небе. Сыпь петехиального, эритематозного характера, не исчезает при надавливании.

Правый коленный сустав отечен, увеличен в объеме, движения в нем болезненны, Живот болезненный при пальпации по ходу кишечника. Стул жидкий с примесью слизи и крови. Во время приступа болей пациентка прижимает ноги к животу, принимает коленно-локтевое положение. Хирургом острая хирургическая патология брюшной полости исключена.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №26**

К фельдшеру обратилась больная Р. 46 лет с жалобами на тошноту, частые позывы на дефекацию (иногда ложные), чередование жидкого стула с запорами, боли ноющего, периодически приступообразного характера в нижних, боковых отделах живота и в околопупочной области, вздутие, урчание в животе; нарушение сна из-за болей и частого стула; снижение аппетита, работоспособности, похудание, выраженную слабость.

*Анамнез заболевания:* 3 года после перенесенной кишечной инфекции (сальмонеллез) периодически чередование жидкого стула с запорами, боли ноющего характера в нижних, боковых отделах живота и в околопупочной области; вздутие, урчание в животе. Последний месяц усиление боли в животе, частого стула; снижение аппетита, работоспособности, похудание, появилась тошнота, тенезмы. Диету не соблюдала, не лечилась. Анамнез жизни: наследственность не отягощена. вредные привычки отрицает.

*Объективно:* состояние средней тяжести. температура 37,3С, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор снижен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные 84 в минуту. Пульс 84 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.. АД=110/70 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен у корня белым налётом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних, боковых отделах живота и в околопупочной области; при аускультации усиление перистальтических шумов. Стул жидкий, скудный, до 8- 10 раз в сутки, со слизью, периодически запоры.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №27**

К фельдшеру обратился больной П. 43 лет с жалобами на повышение температуры до 39С, боли в горле, носовые кровотечения, озноб, потливость, ломоту в теле, боли в суставах. резкую слабость, тошноту, снижение аппетита, бессонницу.

*Анамнез заболевания:* заболел 2 недели назад с болей в горле, гнойных налетов на миндалинах, повышения температуры до 38С. , затем появились увеличенные подчелюстные, надключичные, подмышечные лимфоузлы. Лечился парацетамолом, спреями с антисептиками, но состояние ухудшалось - оставались вышеуказанные жалобы по поводу чего обратился на прием к фельдшеру.

*Анамнез жизни:* работает на вредном производстве в течение 10 лет (контакт с радиоактивными отходами). Вредных привычек нет, аллергический анамнез спокоен, наследственность не отягощена.

*Объективно:* общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,2оС. Кожа бледная, с желтушным оттенком, единичные геморрагические высыпания (петехии) на туловище, конечностях. Визуально и при пальпации определяются увеличенные надключичные и подмышечные лимфатические узлы, кожа над ними без признаков воспаления. В зеве катаральные явления, единичные гнойные налеты. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, 96 в мин. Пульс 96 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД=120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен у корня белым налётом. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где пальпируется селезенка на 3 см из –под края реберной дуги. Суставы без острых воспалительных проявлений. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3. Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №28**

К фельдшеру обратился пациент Т. 68 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38С, кашель с обильным выделением гнойной мокроты до 300 мл в сутки с неприятным запахом, которая хорошо отходит в положении на правом боку, кровохарканье, тупые, давящие боли в грудной клетке, одышку, усиливающуюся при движениях, слабость, утомляемость, понижение аппетита.

*Анамнез заболевания:* длительно страдает гнойно – обструктивным бронхитом, неоднократно лечился стационарно по поводу обострения заболевания. Ухудшение в течение недели после переохлаждения с нарастания вышеуказанных жалоб.

Лечился сам парацетамолом, амброксолом без улучшения, затем обратился за медицинской помощью.

*Анамнез жизни:* длительное курение,

*Объективно* состояние средней тяжести, температура 37,8С. землистый» цвет кожи, акроцианоз, лицо одутловатое, понижение массы тела, ногти в виде «часовых стекол»; пальцы в виде «барабанных палочек», тахипноэ 24 в минуту. При перкуссии по всем легочным полям коробочный звук с участками притупления. При аускультации на фоне ослабленного дыхания: сухие влажные (средне и крупнопузырчатые) хрипы в задне – нижних отделах с обеих сторон, больше справа. АД140\_90 мм. рт. ст. Тонысердца приглушены, ритм правильный, тахикардия 96 в минуту, акцент 2 тона на легочной артерии. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, диурез в норме. голеней.

**Задание:**

1. Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2. Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3. Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №29**

*.* К фельдшеру обратился больной М. 43 лет с жалобами на повышение температуры до 38С. одышку, колющие, давящие боли в области сердца, правом подреберье, сердцебиения и перебои в сердце при ходьбе, незначительной физической нагрузке, отеки на ногах, снижение аппетита, похудание. Анамнез заболевания: ревматизм в течение 20 лет, врачебных рекомендаций не соблюдал, профилактическое лечение не получал. Настоящее ухудшение около недели после переохлаждения с повышения температуры до 38С, одышки, появление болей в сердце, отёков стоп, давящих болей в правом подреберье. Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Длительно курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, пониженного питания, кожные покровы бледные, акроцианоз. Температура 37,7С. Грудная клетка обычной формы, симметрична, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. ЧДД=24 в мин., инспираторная одышка. При аускультации дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы в нижних отделах. При пальпации в области сердца симптом «кошачьего мурлыкания», при перкуссии расширение правой и верхней границы сердца. АД=110/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, усиление 1 тона у верхушки (хлопающий тон), систолический и диастолический шум у верхушки, тахикардия 102 в минуту. Пульс 102 в мин., аритмичный, ослабленного наполнения и напряжения. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где пальпируется край печени на 2 - 3 см. из под края реберной дуги, Стул склонность к запорам. Диурез снижен. Отёки стоп, пастозность голеней.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3. Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №30**

К фельдшеру в ФАП обратился больной И. 35-х лет с жалобами на повышение температуры до 38С, кашель с выделением слизисто – гнойной мокроты, кровохарканье, боли в грудной клетке при кашле, одышку при ходьбе. слабость, потливость особенно по ночам, снижение аппетита, похудание.

Анамнез заболевания: заболел около 3 месяцев назад с сухого кашля, субфебрильной температуры, нарастающей слабости, потливости, За медицинской помощью не обращался, лечился сам отхаркивающими, жаропонижающими, в связи с отсутствием эффекта от самолечения обратился за медицинской помощью.

Анамнез жизни: имеет родственника больного туберкулезом легких, перенес вирусный гепатит В, длительно курит, алкоголь употребляет.

Объективно: общее состояние средней тяжести. температура 38,10 С., пониженного питания. При перкуссии грудной клетки справа в верхних отделах по передней поверхности и в надключичной области притупление перкуторного звука, на остальном протяжении легочный перкуторный звук. При аускультации справа в области верхушки дыхание бронхиальное, выслушиваются влажные хрипы, на остальном протяжении дыхание везикулярное. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, умеренно громкие, ритм правильный, 92 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №31**

Больная Ю. 40 лет обратилась  **к** фельдшеру с жалобами на повышение температуры до 38оС, периодически озноб, боли в поясничной области с обеих сторон, учащённое и болезненное мочеиспускание, слабость, потливость, снижение аппетита.

*Анамнез заболевания:* 5 лет назад лечилась стационарно по поводу патологии почек, наблюдалась у терапевта, применяла фитотерапию Заболела остро 4 дня назад, после переохлаждения. Сначала появились рези при мочеиспускании, затем боли в поясничной области, повысилась температура до 38,5С., озноб; лечилась сама жаропонижающими без эффекта

*Анамнез жизни:* наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает, в питании предпочитает острую и солёную пищу.

*Объективно:* общее состояние средней тяжести, температура тела 37,90С. Кожные покровы бледные, периферических отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ясные. ритмичные, 86 в мин. Пульс 86 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД=110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания поясничной области (Пастернацкого) положительный с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, частое, с резями, диурез достаточный, стул обычный.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента.

**Ситуационная задача №32**

К фельдшеру обратилась больной Н., 40 лет, с жалобами на тупые, давящие боли в эпигастральной области, возникающие через 0,5 -1,0 час после еды, изжогу, отрыжку пищей, тошноту, склонность к запорам, умеренное похудание.

Анамнез заболевания: в течение 5 лет беспокоят вышеуказанные жалобы, последний год усилились боли в животе, изжога, отрыжка, тошнота. Лечился сам ношпой, алмагелем с неполным эффектом. далее обратился к фельдшеру.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. температура 36,8С, кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны органов дыхания патологии нет. АД 120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, громкие, ритм 76 минуту. Язык обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул склонность к запорам.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и рентгенологических показаний.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №33**

К фельдшеру обратился больной Ш. 25 лет с жалобами на повышение температуры тела до 37,7 °С, слизистые выделения из носа, чихание, сухой кашель, одышку при движениях, ходьбе, слабость, потливость, снижение аппетита.

*Анамнез заболевания:* заболел 5 дней назад с вышеперечисленных жалоб. Лечился сам жаропонижающими, противовирусными препаратами. На 5-й день болезни состояние ухудшилось: темпе­ратура повысилась до 38,5 ºС, кашель стал частым, влаж­ны, появились боли под левой лопаткой, особенно при дыхании и кашле.

При осмотре состояние средней – тяжести. Температура 37,5С., акроцианоз. Зев ярко гиперемирован, слизистые выделения из носа, конъюнктивит. менингеальные симптомы отрицательные. Частота дыхания 24 в 1 мин. Над легкими коробочный оттенок перкуторного звука, ды­хание жесткое, особенно под левой лопаткой. Там же выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы, не исчезающие после кашля. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. .Тоны сердца ясные, умеренно громкие, ритмичные, 96 в минуту, АД110/70 мм.рт.ст. Жи­вот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №34**

К фельдшеру обратилась больная Б. 55 лет с жалобами на сердцебиения, головокружение, одышку, особенно при физической нагрузке, снижение трудоспособности, ухудшение аппетита, тошноту, жжение языка, повышение температуры свыше 37С., онемение стоп и ладоней, боль в ногах, шаткость походки, умеренные боли и тяжесть в верхних отделах живота, периодически жидкий стул.

*Анамнез заболевания:* в течение 10 лет хронический гастрит с секреторной недостаточностью, лечилась у терапевта и гастроэнтеролога по поводу обострения заболевания. Около года постепенно нарастает слабость, сердцебиения, головокружение, одышка, особенно при физической нагрузке, снизилась трудоспособность, ухудшился аппетит, появилась тошнота, жжение языка, частый субфебрилитет, онемение стоп и ладоней, боль в ногах; тяжесть и боли в верхних отделах живота, шаткость походки. За медицинской помощью не обращалась.

*Объективно:* общее состояние средней тяжести, температура 37,3С, кожные покровы бледные с желтушном оттенком, Умеренно пониженного питания. Дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно легочный звук. ЧДД 24 в минуту. АД 120/80 мм. рт. ст. пульс 96 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритм 96 минуту, систолический шум у верхушки. Язык красный «лакированный» с атрофированными сосочками. При паль­пации живота выявляется болезненность в эпигастральной области, в подреберьях. Печень пальпировалась на 2 см.из под края реберной дуги, селезенка пальпировалась по краю реберной дуги. Отмечается шаткость походки, снижение сухожильных рефлексов и болевой чувствительности на верхних и нижних конечностях. Стул периодически жидкий и кашецеобразный.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №35**

К фельдшеру обратился больной К. 33 лет с жалобами на повышение температуры до 38С. почти постоянные давящие боли в области сердца, периодически сердцебиения и перебои в сердце, одышку, при ходьбе, незначительной физической нагрузке, боли в мышцах и суставах, общую слабость.

Анамнез заболевания: 2 недели назад перенес вирусную инфекцию (повышалась температура до 38,0С, были боли в горле, насморк, сухой кашель). Лечился сам противовирусными, жаропонижающими препаратами, антисептическими спреями в нос и горло. Отмечал уменьшение катаральных явлений, но оставалась температура до 38С., появились постоянные давящие боли в области сердца, периодически сердцебиения и перебои в сердце, одышка при незначительной физической нагрузке, боли в мышцах и суставах, общая слабость. Анамнез жизни: аллергию, вредные привычки отрицает.

Объективно: общее состояние средней тяжести, температура 37,7С., сознание ясное, кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Удовлетворительного питания. Суставы без воспалительных изменений. ЧДД=24 в мин., инспираторная одышка. Дыхание везикулярное, хрипов не слышно. АД=110/70мм.рт.ст. Левая граница сердца при перкуссии расширена на 1см. влево от среднеключичной линии в 5 ом межреберье. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, единичные экстрасистолы, ослабление 1 тона и систолический шум у верхушки, ЧСС 96 в минуту. Пульс 96 в мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не пальпировалась из под края реберной дуги, Стул, диурез в норме.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента

**Ситуационная задача №36**

Фельдшер был вызван к больному М. 37 лет, который жаловался на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул.

*Анамнез заболевания:* заболел накануне вечером, когда появились озноб, слабость, боли в животе, тошнота. Ночью была повторная рвота съеденной пищей, а затем жидкий стул, водянистый, до 10 раз за ночь, температура 38,5° С, знобило, пытался промыть желудок. Накануне был в гостях вместе с женой, ели салат «Оливье», жена также жаловалась на недомогание, расстройство стула.

*Объективно:* состояние средней тяжести, температура 39° С, бледный, пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 90/60 мм рт ст, язык суховат, густо обложен белам налетом, жажда. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии и околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул обильный, зловонный, темно-зеленого цвета; "болотная тина", диурез снижен.

**Задание №**1:

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента и комплекс противоэпидемических мероприятий в инфекционном очаге.

**Ситуационная задача №37**

Фельдшер СМП вызван к больному Т., 27 лет. Жалобы на выраженную головную боль, рвоту, повышение температура тела - 39,6° С. Анамнез заболевания. Так как пациент на вопросы отвечает с трудом и односложно, родственники сообщили, что пациент болен 6 ой день. Заболевание развивалось подостро. Началось с недомогания, умеренной головной боли, боли в горле, повышения температуры до 37,5° С. Пациент к врачу не обращался и продолжал работать. На 5-й день болезни состояние резко ухудшилось, температура тела достигла 39,8°С, головная боль значительно усилилась, была однократная рвота. На 6-й день болезни температура 40,6° С, выраженный озноб, рвота повторилась несколько раз.

*Данные объективного осмотра:* состояние тяжелое, на вопросы отвечает односложно, жалуется на сильную головную боль. Температура тела - 39,6° С. Поза вынужденная: лежит на боку с согнутыми в коленях ногами. Кожа сухая горячая. Пульс - 96 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 110/70 мм рт. ст. Дыхание учащено – 32 в мин. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Резко выражены ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента и комплекс противоэпидемических мероприятий в инфекционном очаге.

**Ситуационная задача №38**

К фельдшеру ФАПА обратилась больная Х. 25 лет с жалобами на повышение температуры тела до 37.5° - 38.0° С, общую слабость, головную боль, боль в горле при глотании, плохой аппетит, дважды отмечалась рвота.

Анамнез заболевания: заболела 2 дня назад, начало заболевания связывает с переохлаждением. Принимала парациетамол.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,2° С. Больная вялая, бледная; кожа сухая, горячая, ЧД - 22 в минуту, перкуторно - легочный звук, дыхание – везикулярное. Тоны сердца громкие, ясные, пульс – 92 в минуту удовлетворительных качеств. АД – 100/70 мм. рт. ст. живот мягкий, безболезненный; печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Локальный статус: рот открывает свободно. Голос звонкий. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носа нет. В зеве гиперимия застойного характера. Миндалины гипертрофированы до 2-ой степени, отечные. На миндалинах с двух сторон налет серовато – белого цвета «плюс ткань», плотно спаян с подлежащими тканями, при попытке снять налет поверхность кровоточит. За пределы миндалин налет не распространяется. Подчелюстные лимфатические узлы увеличеные до 15 мм, подвижные, чувствительные при пальпации. Отека подкожной клетчатки шеи нет.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента и комплекс противоэпидемических мероприятий в инфекционном очаге.

**Ситуационная задача №39**

К фельдшеру ФАПА обратился больной С., 18 лет. Жалобы при обращении на боль в горле при глотании, повышение температуры до 38,5°С, головную боль, общую слабость.

*Анамнез заболевания:* болен третий день. начало заболевания связывает с переохлаждением. Контакт с инфекционными больными отрицает.

*Объективно:* состояние средней тяжести, температура 38,8°С, АД 120/80, небольшая гиперемия лица. Слизистая ротоглотки яркая диффузно гиперемирована, отекав в зеве нет, в лакунах гнойные наложения. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненные, отека на шее нет. Тоны сердца громкие, ясные, ритмичные 90 в минуту. Со стороны других органов без патологии. Больной категорически отказывается от госпитализации.

**Задание:**

1.Обоснуйте предположительный диагноз на основании данных субъективного и объективного обследования пациента.

2.Составьте план обследования пациента с интерпретацией лабораторных и инструментальных показателей.

3.Составьте план лечения пациента и комплекс противоэпидемических мероприятий в инфекционном очаге.

**БЛОК ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ**

1. Оформите направление в бактериологическую лабораторию. Проведите дифференциальную диагностику лакунарной ангины и дифтерии ротоглотки (локализованной формы).
2. Продемонстрируйте технику забора слизи из зева и носа на дифтерийную палочку и микрофлору и оформите направление в бактериологическую лабораторию
3. Продемонстрируйте технику определения менингеальных симптомов.
4. Продемонстрируйте технику забора кала на бактериологическое исследование и оформите направление в бактериологическую лабораторию.
5. Продемонстрируйте технику перкуссии сердца.
6. Продемонстрируйте технику перкуссии селезенки.
7. Продемонстрируйте пальпацию и перкуссию желудка.
8. Продемонстрируйте пальпацию почек.
9. Продемонстрируйте технику перкуссии высоты стояния верхушек легких спереди и сзади.
10. Продемонстрируйте технику аускультации легких.
11. Продемонстрируйте технику пальпации селезенки
12. Продемонстрируйте технику пальпации сигмовидной и слепой кишки.
13. Продемонстрируйте технику осмотра и поверхностной пальпации живота.
14. Продемонстрируйте технику определения уровня глюкозы глюкометром**.**
15. Продемонстрируйте технику пальпации печени
16. Продемонстрируйте технику пальпации желчного пузыря.
17. Продемонстрируйте пальпацию и перкуссию границ желудка.
18. Продемонстрируйте технику обследования суставов.
19. Продемонстрируйте технику аускультации сердца.
20. Продемонстрируйте технику определения отеков.
21. Продемонстрируйте перкуссию печени.
22. Продемонстрируйте пальпацию щитовидной железы.
23. Продемонстрируйте технику перкуссии и определения нижних границ легких.
24. Продемонстрируйте технику пальпации и перкуссии почек
25. Продемонстрируйте пальпацию поджелудочной железы в положении больного лежа на спине и на боку
26. Продемонстрируйте пальпацию привратника
27. Продемонстрируйте технику наложения электродов для снятия ЭКГ.
28. Продемонстрируйте технику определения нижних границ легких.