

Вопросы к экзамену по ПМ 01 «Диагностическая деятельность»

МДК. 01.01 Пропедевтика клинических дисциплин

Специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

семестр 3, курс 2, группа 211, 212

1. Назовите порядок общего осмотра пациента. Дайте краткую характеристику возможным изменениям.
2. Назовите виды и цели лабораторных методов исследования мочи.
3. Дайте определение понятия «болезнь». Расскажите о различных классификациях болезней. Назовите стадии болезни.
4. Назовите виды положения больного. Дайте их краткую характеристику.
5. Дайте определение понятия «диагностика». Назовите признаки болезни. Какие виды диагнозов Вы знаете?
6. Дайте определение «Перинатология». Назовите основные принципы оказания акушерской и неонатальной помощи.
7. Дайте определение «Пренатальная диагностика». Опишите методы оценки состояния плода.
8. Перечислите и охарактеризуйте типы конституции.
9. Дайте характеристику медико-генетическому консультированию. Перечислите показания для направления к врачу-генетику.
10. Перечислите основные методы обследования пациентов. Дайте их краткую характеристику.
11. Дайте определение понятия «пальпация». Расскажите правила, виды, методики проведения пальпации.
12. Дайте определение понятия «перкуссия». Расскажите правила, виды, методики проведения.
13. Дайте определение понятия «аускультация». Расскажите правила, виды, методики проведения.
14. Перечислите основные дополнительные методы обследования пациента. Дайте их краткую характеристику.
15. Назовите виды перкуссия сердца и расскажите технику ее проведения.
16. Расскажите какие изменения можно выявить при осмотре грудной клетки.
17. Опишите скрининговые методы исследования.
18. Дайте определение понятий «голосовое дрожание» и «бронхофония». Расскажите о методах их выявления и об их диагностическом значении.
19. Расскажите порядок проведения аускультации сердца.

20. Дайте определение понятия «эндоскопия». Расскажите особенности эндоскопического метода исследования, виды, показания, противопоказания.
21. Дайте определения понятия «ультразвуковая диагностика». Расскажите показания, противопоказания, особенности методики.
22. Дайте определения понятия «рентгенография», «рентгеноскопия». Расскажите показания, противопоказания, особенности метода диагностики.
23. Перечислите показания на инвазивную пренатальную диагностику. Расскажите о методах диагностики хромосомных болезней.
24. Назовите принципы и методы диагностики моногенных болезней.
25. Опишите особенности применения методов диагностики у беременных с подозрением на инфекцию COVID-19.
26. Дайте определение «Гинекология». Опишите клинические методы обследования женщин.
27. Дайте определение «Гинекологическое исследование». Дайте характеристику инструментальным методам исследования.
28. Дайте определение «Менструальный цикл». Расскажите о патологических формах менструального цикла.
29. Перечислите методы определения нижней границы желудка и расскажите технику их выполнения.
30. Назовите основные методы обследования пациента с заболеваниями эндокринной системы. Дайте их краткую характеристику.

Практические навыки

1. Продемонстрируйте алгоритм определения относительных границ сердца.
2. Продемонстрируйте алгоритм проведения пальпации затылочных, околоушных и подчелюстных лимфоузлов.
3. Продемонстрируйте алгоритм проведения сравнительной перкуссии легких.
4. Продемонстрируйте алгоритм проведения ЭКГ.
5. Продемонстрируйте алгоритм проведения антропометрии грудного ребенка.
6. Продемонстрируйте алгоритм проведения аускультации легких.
7. Продемонстрируйте алгоритм проведения аускультации сердца.
8. Продемонстрируйте алгоритм проведения измерения АД, запишите результат в температурном листе.

9. Расскажите алгоритм подготовки и проведения биохимических методов исследованиям крови.
10. Расскажите алгоритм обучения пациента сбору мокроты на микобактерии туберкулеза.
11. Расскажите алгоритм обучения пациента сбору мокроты на бактериологическое исследование.
12. Расскажите алгоритм обучения пациента сбору суточного количества мочи.
13. Расскажите алгоритм экспресс-диагностики сахара в моче.
14. Расскажите алгоритм обучения пациента сбору суточной мочи на сахар.
15. Расскажите алгоритм обучения пациента сбору мочи на диастазу.
16. Продемонстрируйте алгоритм измерения артериального давления на статисте. Сделайте графическую запись в температурном листе.
17. Расскажите алгоритм подготовки пациента к плевральной пункции.
18. Расскажите алгоритм подготовки пациента к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки.
19. Расскажите алгоритм подготовки пациента к абдоминальной пункции.
20. Расскажите алгоритм подготовки пациента к рентгенологическому исследованию толстой кишки.
21. Расскажите алгоритм подготовки пациента к обзорной рентгенографии почек.
22. Расскажите алгоритм подготовки пациента к холецистографии.
23. Расскажите алгоритм подготовки пациента к внутривенной экскреторной урографии.
24. Перечислите признаки клинической и биологической смерти. Опишите способы их определения.
25. Расскажите алгоритм подготовки пациента к внутривенной холецистографии.
26. Расскажите алгоритм подготовки пациента к плановой колоноскопии.
27. Расскажите алгоритм подготовки пациента к эндоскопическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки (ФГДС).
28. Расскажите алгоритм подготовки пациента к ректороманоскопии.
29. Расскажите алгоритм подготовки пациента к УЗИ брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка).
30. Расскажите алгоритм подготовки пациента к бронхоскопии.

Задачи к экзамену

Задача 1.

Ситуация

Фельдшер ФАПа вызван на дом к пациентке К., 62 лет.

Жалобы

На слабость, выраженную одышку с затрудненным вдохом, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца.

Анамнез заболевания

В анамнезе много лет артериальная гипертензия, по поводу чего лечилась в кардиологическом отделении. Назначенное лечение принимает не регулярно. В течение последних трех месяцев имеются постоянные отеки на нижних конечностях. Три недели назад прекратила самостоятельно принимать торасемид. Принимает только верошпирон.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально
- профессия: преподаватель
- перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия
- наследственность: отец перенес несколько инфарктов миокарда, у матери гипертоническая болезнь
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- аллергоанамнез: крапивница на антибиотики из группы пенициллинов

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Женщина сидит, опустив на пол ноги, опираясь руками о колени. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, выражение лица испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Клокочущее дыхание, ЧДД до 32 в мин. SpO₂ 80%. При аускультации: над всей поверхностью легких мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс аритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения, 120 в мин. Левая граница относительной тупости сердца на 1,5 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Частота сердечных сокращений 130 в минуту. Дефицит пульса – 10, АД 180/100. Печень на 6 см выступает от края реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотно эластичной консистенции, безболезненная с заостренным краем. Селезенка не увеличена. Массивные отеки конечностей, отечность в области крестца.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.

Задача 2.

Ситуация

Больной А., 67 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при выполнении физической нагрузки (прохождение более 500 метров по ровной поверхности), продолжительностью до 5 минут, которые пациент купирует приемом нитроглицерина, чувство неритмичного сердцебиения, одышку при физической нагрузке, превышающей обычную для пациента, пастозность голеней в вечернее время.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые отметил появление болей за грудиной. При обследовании был рекомендован прием аспирина, бисопролола, аторвастатина. При возникновении болей использовал нитроглицерин. Эпизодически появляются приступы неритмичного сердцебиения, со слов пациента были эпизоды фибрилляции предсердий, продолжительностью до 2 часов, которые проходили самостоятельно или при приеме седативной терапии. В течении последнего года отмечает снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление отеков нижних конечностей.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Последние 5 лет не работает, пенсионер.
- Не курит, алкоголь не употребляет.
- В 20-летнем возрасте была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, последнее обострение было 10 лет назад.
- Семейный анамнез: отец пациента умер в возрасте 57 лет от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Незначительный цианоз губ, акроцианоз. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Задача 3.

Ситуация

На приём к фельдшеру ФАП обратился пациент 72 лет

Жалобы

на периодически возникающую сухость во рту.

Анамнез заболевания

- Страдает артериальной гипертензией в течение 17 лет
- Перенес ОНМК по ишемическому типу 5 лет назад

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- пенсионер
- вес стабильный
- 17 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 180/110 мм ртст), принимает моксонидин по 0.2 мг 2 раза в день, индапамид 1,25 мг утром
- Перенесённые заболевания: ОНМК 5 лет назад
- Наследственность: у матери - сахарный диабет 2 типа.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: курение.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,78 м, вес 84 кг, индекс массы тела $26,5 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 135/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 4.

Ситуация

К фельдшеру ФАП обратились на прием родители с 11 летней девочкой.

Жалобы

На затрудненное, свистящее дыхание, приступы сухого кашля, появившиеся сегодня после внесения в комнату букета из полевых трав и цветов.

Анамнез заболевания

До 3-х лет жизни у девочки отмечался атопический дерматит на шоколад, цитрусовые, землянику. С 5 лет девочка наблюдалась у аллерголога-иммунолога по поводу аллергического ринита и конъюнктивита на полевые травы, с мая по сентябрь получала десенсибилизирующее

лечение. В течение последних 2 лет девочка болела бронхитом с синдромом бронхиальной обструкции 2 раза в год.

Анамнез жизни

- Девочка от 2 беременности, протекавшей с ЖДА и гестозом 2 половины, 1 срочных родов. 1-ая беременность закончилась выкидышем. Родилась с массой тела 2850 гр, ростом 50 см, с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов.
- На грудном вскармливании до 1,5 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту.
- Вакцинирована соответственно возрасту.
- Перенесенные заболевания: ветряная оспа, частые ОРВИ, острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции 2 раза в год в течение последних 2 лет, перенесла 2 месяца назад.
- Наследственность: бабушка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.
- Отец ребенка курит.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 143 см, масса тела 38 кг. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, влажные, легкий пероральный цианоз. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, коробочный оттенок перкуторного звука, дыхание везикулярное, выслушиваются рассеянные, сухие свистящие хрипы с обеих сторон, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные с частотой 94 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. Физиологические отправления в норме.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 5.

Ситуация

Фельдшера ФАП вызвали на дом к пациенту 44 лет в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, слабость, потливость, головную боль, температуру 38,20С. Кашель больше беспокоит в вечернее время.

Анамнез заболевания

Заболел остро, 4 дня назад, поднялась температура до 37,50С, появился насморк, небольшой кашель с желтоватой мокротой. Лечился самостоятельно (парацетамол, чай, капли в нос), за медицинской помощью не обращался, продолжал работать. Из сотрудников предприятия, на котором работает пациент, больше 20% находятся в состоянии временной

нетрудоспособности, в основном с диагнозом ОРВИ или грипп. Вчера производил ремонтные работы на улице, сильно переохладился, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость, усилился кашель.

Анамнез жизни

Рос и развивалась соответственно возрасту.

Профессия: слесарь.

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия.

Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, отец умер в возрасте 62 лет от онкологического заболевания желудка.

Вредные привычки: курит до 15 сигарет в день, потребление алкоголя умеренное.

Аллергоанамнез: неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура 37,8оС. Рост 177 см, масса тела 82 кг. ИМТ 24 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Зев умеренно гиперемирован, носовое дыхание затруднено. Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. При проведении сравнительной перкуссии справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Над правым легким дыхание жесткое, справа ниже угла лопатки выслушиваются звонкие мелкопузырчатые хрипы, не уменьшающиеся после кашля. Над левым легким дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в 1 мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 89 в 1 мин, АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 6.

Ситуация

На ФАП обратился мужчина, 58 лет.

Жалобы

На примесь крови в каловых массах, ощущение инородного тела в прямой кишке, вздутие живота, слабость, быструю утомляемость при обычной физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Неприятные ощущения в прямой кишке появились около 2-х месяцев назад, неделю назад заметил кровь в кале. За последние 2 месяца похудел на 3 кг.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту.

Профессия: ветеринар.

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции,
Наследственность: у матери – ИБС, у отца- сахарный диабет.

Вредные привычки: курит больше 30 лет, до 20 сигарет в день.

Аллергоанамнез: неотягощен.

Употребляет в пищу много мяса, особенно говядины, копченостей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура 36,2оС. Рост 185 см, масса тела 82 кг. ИМТ 23,9 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 в 1 мин, АД 125/85 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Диурез в норме. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружено небольшое сужение ампулы прямой кишки, пальпируется плотное образование на 5 см выше сфинктера, на пальце остались следы крови

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 7.

Ситуация

На ФАП обратилась женщина, 56 лет.

Жалобы

На периодически возникающую головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, подобные жалобы появляются во время стресса, АД в момент появления указанных симптомов 165/105 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Эпизоды подъема артериального давления отмечает в течении последних двух лет. Принимает каптоприл в дозе 12,5 мг с положительным эффектом. АД в основном держится на уровне 130/90 мм рт. ст. Настоящее ухудшение состояния связывает со стрессом- болезнь матери.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту.

Профессия: экономист.

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, тонзиллоэктомия в возрасте 14 лет.

Наследственность: у матери –гипертоническая болезнь, у отца- сахарный диабет.

Гинекологический анамнез-менопауза с 50 лет.

Вредные привычки: отрицает.

Аллергоанамнез: неотягощен.

Ведет малоподвижный образ жизни, любит соленья и копчености.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура 36,2°C. Рост 170 см, масса тела 92 кг. ИМТ 31,8 кг/м². Объем талии 105 см. Кожные покровы лица умеренно гиперемированы. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Верхушечный толчок пальпируется по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, площадь 2 см². Границы относительной сердечной тупости; правая – в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя – по левой срединно-ключичной линии на уровне 3 ребра, левая – в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. I тон на верхушке умеренно ослаблен, акцент II тона во втором межреберье справа от грудины, ритм правильный, ЧСС 82 в 1 мин, АД 165/105 мм рт. ст. Пульс напряженный, ритмичный, 82 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 8.

Ситуация

Больной, 54 года, тракторист, обратился к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На малопродуктивный кашель, одышку при ходьбе, чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, снижение работоспособности, общую слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,3°C.

Анамнез заболевания

Заболел остро 5 дней назад, связывает появление симптомов с переохлаждением 7 дней назад (ремонтитовал трактор, в гараже было холодно). По тяжести состояния госпитализирован в отделение терапии.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия.

Вирусный гепатиты, туберкулез отрицает. Вен. Заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду пьет. В открытых водоемах не купался. За границу не выезжал.

Аллергологический анамнез: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Гемотрансфузионный анамнез: отрицает.

Профессиональный анамнез: тракторист.

Вредные привычки: курит по половине пачки сигарет в течение 7 лет.

Инвалидность: нет.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Грудная клетка правильной формы. Аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы

выслушиваются больше справа. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно тоны сердца приглушены, сердцебиения ритмичные. Перкуторно границы сердца не расширены. АД 130/80 мм рт. Ст., ЧСС 100 вмин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки оформленный, мочеиспускание не изменено.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.

Задача 9.

Ситуация

Мужчина 30 лет, обратился в поликлинику к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На повышение температуры до субфебрильных цифр, резкую слабость, сухой кашель, одышку, ознобы, боль в горле

Анамнез заболевания

Возвратился домой после отпуска, проведенного на море в июле месяце

В течение последнего месяца после отпуска, отмечает ухудшение в состоянии с нарастанием вышеперечисленных симптомов

2 недели назад обратился к врачу отоларингологу, по поводу появления болей в горле, которые прогрессивно нарастали

При осмотре обнаружены инфильтративно-язвенные изменения слизистой надгортанника, выполнена биопсия, подтвержден диагноз туберкулеза гортани, направлен в противотуберкулезный диспансер, где была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки

Рентгенологическая картина в легких оставалась без динамики

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту

В детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей

Флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил 1,5 года

Перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Работает директором коммерческой фирмы

Проживает в отдельной квартире с женой и сыном 5 лет, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост -185 см, вес 65 кг. Температура 37,2° С. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД – 22 в минуту.

При перкуссии грудной клетки – укорочение перкуторного звука в межлопаточном пространстве, над нижними долями легочной звук с коробочным оттенком

При аускультации –дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравerteбрально от верхушки до 4 грудного позвонка
Тоны сердца приглушены. ЧСС -92 уд. В мин., АД – 120/80 мм рт.ст
Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования в стационаре.

Задача 10.

Ситуация

Больная 28 лет обратилась к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке

Анамнез заболевания

Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально

Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия

Наследственность не отягощена

Вредные привычки: не имеет

Месячные с 13 лет, обильные первые 3–4 дня, продолжительностью 5–6 дней, регулярные. В настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура 37,2. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. Ст. В лёгких везикулярное дыхание. Печень и селезёнка не увеличены

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 11.

Ситуация

Женщина 70 лет вызвала фельдшера СП на дом

Жалобы

На боль в загрудинной области давящего характера, возникающую как при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), так и в покое, купирующуюся приемом нитратов, одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. 10 лет назад присоединились за грудиной давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа. Постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение 2 дней, когда приступы стенокардии стали возникать в покое, увеличились их интенсивность и длительность, стала нарастать одышка, появились отеки ног. Последний приступ ангинозных болей накануне вечером, длительность более 20 минут.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование среднее.

На пенсии с 65 лет, работала продавцом.

Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет.

Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м². ОТ – 98 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 68 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 12.

Ситуация

Вызов фельдшера СП на дом к пациентке 19 лет на 4-й день болезни

Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, суставах, небольшой насморк, ощущение «першения» в горле, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

Считает себя больной, когда вечером заметила появление небольшой болезненности и увеличения затылочных и заднешейных лимфоузлов, слабость, головную боль. Температуру не измеряла.

Утром температура тела до 37,6°C, миалгии, артралгии.

Присоединился насморк, редкий сухой кашель.

Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), щелочное питье, витамин С.

На 4-й день болезни появилась сыпь на лице, которая в течение нескольких часов распространилась на туловище и конечности, самочувствие без ухудшения.

Анамнез жизни

Студентка дневного отделения ВУЗа.

Проживает в квартире с родителями.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ОРВИ.

Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез: со слов пациентки, в детском возрасте прививки сделаны согласно Национальному календарю профилактических прививок. В школе проведение профилактических прививок, согласно рекомендациям врача, какие точно не помнит. От гриппа не прививалась.

Объективный статус

Температура тела 37,5°C.

Самочувствие удовлетворительное.

На коже лица, на туловище, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей – мелкая, розовая, пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне без склонности к слиянию.

Периферические лимфоузлы (затылочные, заднешейные) диаметром до 1 см, умеренно чувствительные при пальпации, подвижные, кожа над ними не изменена.

Слизистая ротоглотки незначительно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Глотание безболезненное.

АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 74 уд. В мин.

В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Кашель редкий, сухой.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В сознании. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 13.

Ситуация

На ФАП обратилась женщина, 53 лет.

Жалобы

На жажду (выпивает до 5 литров воды в день), учащенное обильное мочеиспускание, умеренный кожный зуд, слабость, в последний месяц дважды был фурункул с локализацией на левом бедре.

Анамнез заболевания

Жажда и сухость во рту появились около полугода назад. За последние три года прибавила 15 кг. За медицинской помощью не обращалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту.

Профессия: экономист.

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, эндоскопическая холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита в возрасте 51 года, проведена в плановом порядке.

Наследственность: у матери – ИБС, у отца- сахарный диабет.

Гинекологический анамнез-менопауза с 50 лет, имеет троих детей, масса тела третьего ребенка при рождении 4500 г.

Вредные привычки: отрицает.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Ведет малоподвижный образ жизни, любит сладости, хлебобулочные изделия, копченое сало.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура 36,2оС. Рост 170 см, масса тела 92 кг. ИМТ 31,8 кг/м². Объем талии 105 см. Кожные покровы сухие, розовые, местами – следы расчесов. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Верхушечный толчок пальпируется по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, площадь 2 см². Границы относительной сердечной тупости; правая – в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя – по левой срединно-ключичной линии на уровне 3 ребра, левая – в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. I тон на верхушке умеренно ослаблен, умеренный акцент II тона во втором межреберье справа от грудины, ритм правильный, ЧСС 82 в 1 мин, АД 145/87 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 82 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления –увеличение количества мочи.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 14.

Ситуация

Пациентка С. 20 лет обратилась в приёмное отделение стационара.

Жалобы

На повышение температуры до 40°C, с ознобом, сухой кашель с трудноотделяемой желтоватой мокротой, общую слабость, ноющие боли в правой ниже-лопаточной области.

Анамнез заболевания

Заболела три дня назад, остро. Начало заболевания связывает с возможным переохлаждением - была на длительной экскурсии по городу. Принимала парацетамол с эффектом на несколько часов.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, миопия слабой степени.

Вирусный гепатит, туберкулез отрицает. Вен.заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала.

Аллергологический анамнез: отрицает.

Наследственность: неотягощена.

Гемотрансфузионный анамнез: отрицает.

Профессиональный анамнез: студентка 1 курса юридического факультета.

Вредные привычки: отрицает.

Инвалидность: нет.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние при поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, Сатурация кислорода 99%. Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах справа, выслушиваются сухие хрипы справа в нижних отделах. Над лёгкими укорочение перкуторного звука в правой ниже-лопаточной области. ЧДД 20 в мин. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные, шумов нет. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 15.

Ситуация

Пациент 51 год вызвал фельдшера СП на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

- Утром после интенсивной физической нагрузки (работа в саду) отметил появление чувства сжатия, сдавления за грудиной впервые в жизни. Попытался самостоятельно купировать приступ приемом нитроглицерина.
- Медикаментозную терапию ранее не получал. Периодически беспокоили боли в затылочной области, по этому поводу не обследовался, к врачу не обращался.
- ЭКГ зарегистрирована за год до обращения – без патологии.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту
- По профессии переводчик
- Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 22 лет
- Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно.
- Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 40 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 172 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, выраженная потливость. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 70 уд.в минуту, АД 134/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 16.

Ситуация

Осуществлен вызов фельдшера ФАП к ребенку - девочка 2 года.

Жалобы

Температура 38,90С, сильный сухой кашель, насморк, осиплость голоса, вялая, отказывается от еды, мало пьет, раздражительная, капризная. Сегодня появилась сыпь на лице.

Анамнез заболевания

Семья – после отпуска. За время отдыха отмечался контакт с ребенком, с катаральными явлениями и сыпью. Девочка заболела через 10 дней после контакта. Поднялась температура до 38,00С, появилась заложенность носа. Через 2 дня из носа – выраженные слизистые выделения, отмечалось

слезотечение, покраснела слизистая глаз. По утрам из глаз – отделяемое. Сегодня 4 день заболевания, утром мама заметила сыпь температура вновь 38,90 С – вызвали врача

Анамнез жизни

Девочка от III беременности, на фоне анемии II степени. Роды третьи срочные. Оценка по шкале АРГАР 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Не привита по причине отказа родителей. Болеет редко. Детский коллектив не посещает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 14 кг. Длина тела – 80см. Температура 38,50С.

Из носа обильные выделения слизисто-гнойного характера. Выражена отечность век, яркие проявления склерита. Слизистая оболочка щек гиперемирована, разрыхлена, пятнистая. На слизистой оболочке щек против вторых малых впадин мелкие, 1-2 мм, серовато-белые папулы, окруженные узкой каймой гиперемии. Кашель сухой, грубый, лающий. Выражена осиплость голоса. На коже лица, за ушами, на шее, верхней части груди и плечах сыпь насыщенного розового цвета, сливная, крупная, неправильной формы. Со слов мамы сыпь появилась сегодня, была только на лице мелкая розовая. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно звук легочный. Дыхание проводится над всеми точками аускультации жесткое. Частота дыхания 35 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС - 120 в мин. Живот доступен пальпации, безболезненный. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 17.

Ситуация

Об ноября на амбулаторный прием в сопровождении мамы обратилась девочка 14 лет.

Жалобы

На навязчивый кашель, температуру до 38,00С, вялость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Заболела неделю назад. Отмечался подъем температуры до 37,50С, насморк, подкашливала. За медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно. Капли в нос, «таблетки от кашля». Отмечалось улучшение состояния. В течении последних двух суток вновь подъем температуры до фебрильных цифр, усилился кашель, малопродуктивный, аппетит снижен, вялая. Температура на фоне жаропонижающих снижается до субфебрильных цифр.

В школе подъем заболеваемости, в классе зафиксирован случай пневмонии.

Анамнез жизни

Девочка от второй, нормально протекавшей беременности. Роды вторые срочные. Росла и развивалась соответственно возрасту. Вакцинирована по

календарю. Последняя вакцинация в октябре против гриппа. Против пневмококковой инфекции не вакцинирована. За последний год перенесла острые респираторные заболевания три раза.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, за счет симптомов интоксикации- снижение аппетита, кожные покровы бледные, сухие, слизистые бледно – розовые, саливация снижена. Температура 37,40С Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Морфофункциональный статус гармоничный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистая зева с легкой гиперемией, задняя стека глотки зернистая. Кашель сухой, малопродуктивный, приступообразный, на вдохе легкая болезненность в правой половине грудной клетки. Перкуторно над легкими легочный звук. Слева в нижних отделах по аксиллярным линиям притупление. Над легкими дыхание жесткое. Слева в аксиллярной области ослаблено. Хрипов не слышно. Частота дыхания -44 в минуту. Тоны сердца звучные ритмичные. На верхушке легких систолический шум. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. Живот доступен пальпации, без болезненный. Печень + 1,0 см. изпод края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 18.

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к фельдшеру ФАП после самостоятельно сданного анализа по обеспеченности организма витамином D.

Жалобы

На мышечную слабость, трудности при ходьбе, нарушение равновесия, склонность к падениям.

Анамнез заболевания

Трудности при ходьбе объясняет избыточной массой тела, падения отмечает 1 раз в два месяца, связывает со «слабостью в ногах» и потерей равновесия.

Анамнез жизни

- акушерско-гинекологический анамнез: родилась в срок, менструации с 12 лет, менопауза с 56 лет, беременностей – 2, роды – 1, медицинских абортов – 1. По поводу кандидозного вульвовагинита неоднократно проводилось лечение противогрибковыми средствами
- перенесенные заболевания: рахит, простудные – 2-3 раза в год
- туберкулез, венерические заболевания отрицает
- не курит, алкоголем не злоупотребляет
- профессиональных вредностей не имела
- травмы, операции – холецистэктомия 8 лет назад
- аллергических реакций не было

- наследственность не отягощена
- препараты витамина D ранее не принимала

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 80 кг, ИМТ (индекс массы тела - 31). Сознание ясное. Килеобразная грудная клетка. Варусная деформация нижних конечностей. Тонус скелетных мышц ослаблен. Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый, кариес зубов. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 в 1 мин. АД – 130/80. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Дизурии, периферических отеков нет.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 19.

Ситуация

К фельдшеру ФАП на прием обратился мужчина 55 лет.

Жалобы

На слабость, тупые боли в правом подреберье, тошноту, отрыжку, вздутие живота, неустойчивость стула, периодически кожный зуд.

Анамнез заболевания

Свое заболевание ни с чем не связывает, ухудшение состояния отмечает около 2-х недель. В питании себя не ограничивал, любит острое, жирное и соленое. По совету жены начал принимать ферменты (мезим форте) и эспумизан. Особого улучшения не отметил. Из заболеваний пищеварительной системы отмечает хронический гастрит и в 15 лет вирусный гепатит А.

Анамнез жизни

Других хронических заболеваний, кроме выше указанных не отмечает. Не курит, алкоголь употребляет, как считает умеренно, но не отрицает почти ежедневного употребления пива и 2-3 раза в неделю крепких напитков. Наследственность не известна – воспитывался в детдоме с раннего детства. Аллергию отрицает. Профессиональных вредностей нет. Женат, имеет двух взрослых детей. Бытовые условия хорошие.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 85 кг, ИМТ=28. Лицо гиперемировано, на коже конечностей видны расчесы. Тремор век. Геникомастия. Мышечный тонус в руках снижен. Грудная клетка правильной формы, перкуторно легочной звук, дыхание везикулярное. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия 88 в мин., АД 140/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен бело-коричневым налетом. Живот увеличен в размерах, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье.

На коже грудной клетки определяются телеангиэктазии. Пальпаторно и перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Край плотный, округлый. Мочеиспускание не нарушено, стул ежедневный, кашицеобразный.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 20.

Ситуация

Осуществлен вызов фельдшера ФАП к ребенку - девочка 11 лет.

Жалобы

Высокая температура - $38,5^{\circ}\text{C}$, боли в горле при глотании, головная боль.

Анамнез заболевания

Заболела остро. Во второй половине дня, почувствовала себя плохо, стала вялой. Температура $38,2^{\circ}\text{C}$. Дали жаропонижающее – парацетамол 250 мг. Температура снизилась до $37,1^{\circ}\text{C}$, ночь спала беспокойно, вставала пить. В 04 утра вновь подъем температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, появилась боль при глотании, головная боль. Вызвали врача.

Анамнез жизни

Девочка от I нормально протекавшей беременности. Роды срочные. Оценка по шкале АПГАР 8/9 баллов. Масса при рождении 3200 гр, длина тела 53 см. На грудном вскармливании до 4-х месяцев. Профилактические прививки по национальному календарю. Болеет редко. Детскими инфекциями не болела. Занимается спортом. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез спокоен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации, гипертермии. Температура- $38,6^{\circ}\text{C}$. Девочка правильного телосложения, нормальной упитанности. Кожные покровы чистые, сухие, горячие на ощупь, кожа лица гиперемирована. Пальпируются передне-верхне-шейные лимфоузлы размерами до 1,0 см. болезненные. Носовое дыхание свободно, кашля нет. Слизистые зева яркие, миндалины увеличены, отечны. На миндалинах островчатые налеты, белого цвета. Над легкими дыхание на всем протяжении. Тоны звучные ритмичные. ЧД-25 уд.в мин. ЧСС- 110 уд. в мин. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень под краем реберной дуги. Стул не изменен, мочеиспускание достаточное.

Проведен стрепто-тест для дифференцировки диагноза.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 21.

Ситуация

Пациентка 46 лет обратилась на прием к фельдшеру ФАПа.

Жалобы

На кровянистые выделения из половых путей в течение пяти дней, тянущие боли в нижних отделах живота.

Анамнез заболевания

На протяжении двух месяцев пациентку беспокоят периодические мажущие кровянистые выделения из половых путей не связанные с менструацией. В течение года наблюдалась в женской консультации с миомой матки 6-7 недель, получала медикаментозную терапию. Последние два года к врачу акушеру – гинекологу не обращалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту.

Социально-бытовые условия удовлетворительные.

По профессии – библиотекарь.

Менструации по 7-8 дней умеренные, болезненные первые 2-3 дня, периодичность 23-24 дня.

Перенесенные гинекологические заболевания: миома матки, эрозия шейки матки

Наследственность не отягощена.

Беременность одна, закончилась физиологическими родами.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6 °С.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотноэластической консистенции, безболезненные.

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту.

Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/75 мм.рт. ст.

Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 22.

Ситуация

Пациентка 32 лет доставлена на ФАП.

Жалобы

На внезапно возникшую острую боль в нижней части живота больше справа с иррадиацией в прямую кишку час назад, была кратковременная потеря сознания, холодный пот, слабость.

Анамнез заболевания

Задержка менструации, положительный тест на беременность. Беременность нежеланная. К врачу акушеру-гинекологу не обращалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту.

Социально-бытовые условия удовлетворительные.

По профессии технолог.

Вредные привычки: табакокурение.

Менархе в 12 лет, менструации по 5-6 дней безболезненные, умеренные, через 28-29 дней.

Беременностей – 4. Первые две закончились: физиологическими родами, третья – медицинским абортом на сроке 11-12 недель, четвертая беременность – настоящая.

Половая жизнь регулярная, предохранение методом прерванного полового сношения.

Перенесенные гинекологические заболевания: послеродовой эндометрит, хламидиоз.

Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы бледные, пульс 104 удара в минуту, слабого наполнения, АД 100/65 ммрт.ст.

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

При пальпации живота выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность в нижней области живота, больше справа.

Перкуторно определяется притупление звука в отлогах местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 23.

Ситуация

На ФАП обратилась пациентка 70 лет.

Жалобы

На нарушение ритма, периодически возникающие боли в прекардиальной области давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке (ходьба на расстояние до 500 м), длительностью от 5 до 7 минут, боли хорошо снимаются приемом нитроглицерина. Небольшая одышка при физической нагрузке, отеки стоп к вечеру.

Анамнез заболевания

Страдает ишемической болезнью сердца более 20 лет. В 2011 году перенесла острый инфаркт миокарда без подъема ST. Два раза в год проходит стационарное лечение, рекомендации по лечению соблюдает. Постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин. Около двух лет назад стала отмечать перебои в работе сердца.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась соответственно возрасту
- Работала бухгалтером
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, холецистэктомия в возрасте 54 лет.
- Наследственность: отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям со стороны матери
- Гинекологический анамнез-менопауза с 48 лет
- Вредные привычки: отрицает
- Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 80 кг. ИМТ 29,4 кг/м² Кожные покровы бледные. Умеренный цианоз губ. Т тела 36,4⁰С. Симметричные отеки стоп. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 21 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, площадь 3 см². Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины в 4 межреберье, верхняя – на уровне III ребра по левой срединно-ключичной линии, левая – в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса 4-6 в мин. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень по краю реберной дуги, край несколько закруглен, мягкий, безболезненный. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Физиологические отправления- ночью встает в туалет 2-3 раза, стул оформленный, 1 раз в 2 дня.

Задание

1. Сформируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите дополнительные методы обследования.

Задача 24.

Ситуация

Женщина 40 лет обратилась к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, головные боли, одышку при быстрой ходьбе, ощущение сердцебиения, сонливость днем, раздражительность, снижение памяти, обильные со сгустками и длительные менструации (8 -10 дней).

Анамнез заболевания

Слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 5 лет, к врачу не обращалась. Беременность 5 лет назад завершилась кесаревым сечением по причине отсутствия эффекта от родовозбуждения, выявлена анемия легкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 4 недель, когда появилась одышка и сердцебиение.

Анамнез жизни

- акушерско-гинекологический анамнез: гиперполименоррея с 13 лет, беременностей – 4, роды – 2, медицинских аборт – 2. На УЗИ органов малого таза 04.2020г. – рубец на матке, диффузная форма эндометриоза
- перенесенные заболевания: простудные
- туберкулез, венерические заболевания отрицает
- не курит, алкоголем не злоупотребляет, имеет пристрастие к запаху лака
- профессиональных вредностей не имела
- аллергических реакций не было
- отец перенес инфаркт миокарда, мать здорова

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 60 кг. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, истончение и ломкость ногтей, волосы тусклые, редкие. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый, частичное разрушение зубов. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 100 в 1 мин. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум, АД 90/60. Живот, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Почки в положении лежа и вертикально не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 25.

Ситуация

На ФАП обратился мужчина, 36 лет.

Жалобы

На боли в эпигастральной области, через 40 минут после еды, боли проходят после приема Альмагеля, отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

Впервые боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи появились два года назад, после длительной командировки. Лечился самостоятельно, принимал омепразол, альмагель, с улучшением. Ухудшение состояния было прошлой осенью и весной, лечился так же, за медицинской помощью не обращался. Настоящее ухудшение два дня назад, связывает со стрессовой ситуацией, боли значительно сильнее, чем в предыдущий раз, появилась отрыжка кислым.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту
- Профессия: инженер-строитель
- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 25 лет.
- Наследственность: у матери –гипертоническая болезнь, у отца –язвенная болезнь 12 перстной кишки.
- Вредные привычки: курит в течение 7 лет 5-7 сигарет в день
- Аллергоанамнез: не отягощен
- Режим питания не соблюдает, ограничивает употребление острой и грубой пищи в связи с появлением дискомфорта в эпигастрии.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура 36, 2°С. Рост 185 см, масса тела 82 кг. ИМТ 23,9 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, ладони холодные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена, Граница относительной сердечной тупости в пределах нормы, АД 112/75 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, 61 в минуту. Язык у корня умеренно обложен беловатым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренная точечная болезненность в эпигастральной области, чуть левее срединной линии, на 6 см ниже мечевидного отростка. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 26.

Ситуация

На прием обратился подросток 16 лет, с родителями.

Жалобы

На приступообразные, иногда сверлящие боли в животе. Периодические головные боли. Стал раздражительным, обидчивым, быстро устает

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят в течении 1 месяца. Боли с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок. Частые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Часто отрыжка, тошнота, аппетит не нарушен.

Анамнез жизни

Ребенок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивался физиологично, гармонично. Привит в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает секцию легкой атлетики. Респираторными заболеваниями болел 2-3 раза в год. В 4 года перенес кишечную инфекцию ротавирусной этиологии. Лечение в стационаре. Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит.

Объективный статус

Самочувствие удовлетворительное. Рост 165 см. Вес 45,9 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. Частота дыхательных движений - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. Частота сердечных сокращений - 62-80 в 1 минуту. Артериальное давление 110/60 мм.рт.ст на обеих руках. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул неустойчивый. Мочеиспускание не нарушено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 27.

Ситуация

Пациентка Д. 45 лет обратилась на фельдшерско-акушерский пункт в связи с острым заболеванием

Жалобы

На выраженную боль в правом подреберье, иррадирует кверху в правое плечо и лопатку

Горечь во рту, тошноту

Неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах

Повышение температуры до 38,0°C, озноб.

Анамнез заболевания

Заболела остро около 10 часов назад, появились боли в животе.

Вначале появилось чувство тяжести в правом подреберье, затем появились постоянные, интенсивные боли в правом подреберье

Связывает появление с обильным приемом острой и жирной пищи

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально

Профессия: повар

Перенесенные заболевания: детские инфекции, хронические заболевания отрицает

Операций не было

Наследственность: у матери – хронический калькулезный холецистит

Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет умеренно

Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 175 см.
Температура тела 38,0°C.

Пациент находится в положении на правом боку.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены.

Грудная клетка – правильной формы, симметричная.

Дыхание через нос свободное. Дыхательные движения ритмичные,
Частота дыхания – 20 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная.
Перкуссия легких: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Аускультация: Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет.
Частота дыхания 20 уд.в мин.

Тоны сердца ясные, ритм правильный, Частота сердечных сокращений 75 ударов в мин., артериальное давление 135/90 мм рт.ст.

Живот не вздут, при пальпации болезненный справа, напряжен в правом подреберье, там же положительные симптомы раздражения брюшины.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, безболезненное.

Стула не было.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 28.

Ситуация

Мужчина 46 лет, водитель, обратился к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На резкую боль, припухлость и покраснение в области первого пальца левой стопы, подъем температуры тела до 37,8 °С.

Анамнез заболевания

Заболел остро 2 дня назад: после посещения бани и обильного застолья (мясо, спиртное) ночью появилась сильная боль в I плюснефаланговом суставе левой стопы. Боль, возникла впервые и воспринималась как нестерпимая даже от прикосновения одеяла. Утром отметил отек и багровый оттенок кожи над суставом. В течение следующих суток передвигался с трудом из-за резкой боли. Принимал парацетамол по 500мг * 3 раза без должного эффекта.

Анамнез жизни

- перенесенные заболевания: простудные 3-4 р/год
- за последние два года эпизодически подъем АД до 160/110, не обследовался, принимал гипотиазид, фуросемид
- туберкулез, венерические заболевания, употребление психоактивных веществ отрицает
- курит, алкоголь употребляет по праздникам
- профессиональные вредности - вибрация, переохлаждения
- пищевые привычки – злоупотребляет мясными продуктами
- аллергических реакций не было
- семейный анамнез: мать – страдает артериальной гипертензией, отец - подагрическим полиартритом.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура – 38,0⁰С. Рост 164 см, масса тела 114 кг. Индекс массы тела - 42,4 кг/м². Сознание ясное. Конституция гиперстеническая, повышенного питания. Рост 164 см, масса тела 114 кг. Индекс массы тела - 42 кг/м².

Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый.

Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 18 в 1 мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 86 в 1 мин.

АД = 145/100. Живот округлый; увеличен в объеме за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки; мягкий, безболезненный. Левая доля печени на 1,5 см выступает из-под реберной дуги; край печени мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10 x9x9,5 см. Селезенка не увеличена. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена.

Неврологический статус без особенностей.

Statuslocalis: выраженная деформация первого плюснефалангового сустава левой стопы за счет экссудативных явлений; резкая болезненность при пальпации данного сустава (больной отдергивает ногу), гиперемия кожи над ним и повышение местной температуры, объем движений в первом плюснефаланговом суставе справа резко ограничен. Движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуальной – аналоговой шкале: 7 баллов. Другие суставы при осмотре не изменены, пальпация их

безболезненна, движения в других суставах сохранены в полном объеме. Подкожные и внутрикожные узелки не выявляются.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Задача 29.

Ситуация

10.10.2019 в 18 часов 45 минут на фельдшерско-акушерский пункт обратилась беременная в сроке 39-40 недель.

Жалобы

Схваткообразные боли внизу живота, подтекание околоплодных вод с 11.00, появление схваток с 14.00. На момент обращения 18.45 – схватки приобрели потужной характер. Пациентка ощущает чувство давления на задний проход.

Анамнез заболевания

Настоящая беременность по счету – 3. Количество родов – 2. Количество аборт – 0. Количество самопроизвольных выкидышей – 0. Количество регрессирующих беременностей – 0. Социально – биологические факторы – многорожавшая 33 лет. Осложнение текущей беременности со стороны матери – тромбоцитопения (тромбоциты $150 \cdot 10^9$ в л)

Анамнез жизни

Родилась доношенной. Болезни перенесенные, в детстве – ОРЗ, ОРВИ. Перенесенные заболевания-ветренная оспа в 2004 году. Операции – отрицает. Гемотрансфузии – отрицает. Гормонотерапия – КОК (Белара) в течение 3,5 лет. Социально – значимые заболевания: туберкулез – отрицает. Вирусные гепатиты – не выявлены. Сифилис, ВИЧ – отрицательно. Отец будущего ребенка – соматически здоров. Профессиональная вредность – работница горячего цеха. Акушерско-гинекологический анамнез
Возраст менархе -13 лет. Продолжительность менструального цикла – 28 дней. Продолжительность менструации – 6 дней. Нарушения менструального цикла-нет.
Половая жизнь – с 17 лет. Брак по счету – первый. Контрацепция – использовалась.

Гинекологические заболевания – эрозия шейки матки. Электронизация -2018 год.

Последняя менструация – 4.02.2019 год.

Предыдущие случаи беременности: 2015 год – Самостоятельные срочные роды, ребенок женского пола, масса 3500, 2017 год – Самостоятельные срочные роды, ребенок мужского пола, масса 3700. Аборт – 1.

Данная беременность -3 настоящая. Наступила самостоятельно.
Течение беременности – без особенностей. Тромбоцитопения –
($118 \cdot 10^9/\text{л}$ от 31.10.19г.)

Предполагаемая дата родов.11.11.2019 г.

На учете в женской консультации состоит, наблюдалась – не
регулярно.

Общий статус

Телосложение – правильное , женское. Кожные покровы – нормальные,
физиологической окраски. Видимые слизистые – нормальной
физиологической окраски, высыпаний, образований не выявлено. Органы –
дыхания-грудная клетка не деформирована. Аускультативно – в лёгких
дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечно сосудистая система –
аускультативно-тоны сердца ясные ритмичные, ритм правильный.
Лимфоузлы не увеличены. Периферические сосуды – без патологии. Органы
пищеварения- язык чистый, влажный. Живот – безболезненный, стул –
регулярный. Опорно-двигательный аппарат – без патологических
отклонений. Щитовидная железа – без патологии. Молочные железы –
мягкие, однородные, безболезненные при пальпации, соски чистые,
подмышечные лимфатические узлы не пальпируются.

Объективный статус

Сознание – ясное. Состояние удовлетворительное. Температура тела-
 $36,5^{\circ}\text{C}$.

Рост – 162 см. Масса тела до беременности – 50 кг. Индекс массы тела-
19,5.

Артериальное давление (левая рука) – 120/70 мм.рт.ст. Артериальное
давление (правая рука) – 110/70 мм.рт.ст. Пульс – 89 уд/мин.

ЧДД-16 в мин. Текущая масса тела – 62,4 кг. Общая прибавка веса
составила – 12,4 кг.

Сатурация кислорода – 100%

Акушерский статус

Пельвиометрия:

D.Spinarum – 25 см. D.Cristarum – 27 см. D. Trochonterica – 32 см.

Conjugata externa – 20 см.

Ромб Михаэлиса-11см*11см. Индекс Соловьева – 15 см.

Тонус матки- схватки. Описание тонуса- схватки хорошей силы по 40
секунд через 3 минуты.

Окружность живота – 103 см. Высота стояния дна матки- 36 см.

Выделения из половых путей – подтекают светлые околоплодные воды.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для
подтверждения диагноза.

Задача 30.

Ситуация

Больная С., 50 лет, обратилась к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На слабость, умеренную головную боль, повышение температуры до 39,4°C, схваткообразные боли в низу живота. Стул за ночь около 15 раз, в испражнениях заметила слизь и кровь.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение суток. Появилось недомогание, озноб, схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру состояние ухудшилось: стул участился до 15 раз, в каловых массах появилась примесь слизи, крови; повысилась температура тела до 39,4°C. Настоящее состояние впервые. Из эпиданамнеза: Контакт с лихорадящими больными отрицает. Употребление сырой воды отрицает. За 2 дня до появления симптомов, на работе употребляла молоко и сметану без термической обработки, хранившуюся длительное время вне холода. Работает продавцом в продуктовом магазине.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. ОРВИ - до 1 раза в год. Вакцинация в соответствии с календарем обязательных прививок. Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Пациентка вялая, температура тела 38,9°C, АД 115/70 мм рт. ст., пульс 96 уд./мин., ритмичный, частота дыхательных движений 20 в 1 мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотренные испражнения имеют вид "лужицы слизи" с прожилками крови.

Задания.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Назовите дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.

Преподаватель _____ Серенкова Е.Ю.