**Задачи для студентов 311 группы**

**«Лечение пациентов терапевтического прорфиля»**

Уважаемые студенты! Данные задачи с эталонами ответов предназначены для подготовки к практическим занятиям по предмету. Эти же задачи или аналогичные им будут содержаться в экзаменационных билетах.

***Преподаватель Джанкезова Д.Р.***

**Пульмонология.**

**Задача . *Хронический бронхит в стадии обострения.***

Больной Б., 37 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад.

Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: температура 37,50С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

Эталоны ответов

***1.Хронический бронхит в стадии обострения.***

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

* синдром интоксикации, симптомы поражения бронхов (кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка);
* продолжительность заболевания (5 лет);
* связь обострения с переохлаждением;
* длительное выделение мокроты в стадии обострения;
* наличие вредных привычек: курение.

2) объективные данные: субфебрильная температура .

* при аускультации: дыхание ослабленное, с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, исследование мокроты микроскопическое и бактериологическое (выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам), рентгенологическое исследование легких: возможно усиление легочного рисунка.

3. Эмфизема легких, пневмосклероз, бронхопневмония, бронхоэктазы, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, нуждается в амбулаторном лечении.

*Принципы лечения*:

Режим постельный, частое проветривание помещения.

Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.

Антибактериальная терапия: антибиотики назначают с учетом чувствительности микрофлоры: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, гентамицин и др.

Бронхолитики: эуфиллин, теофиллин .

Отхаркивающие: фитотерапия (термопсис, алтей, девясил, багульник), лекарственные препараты (мукалтин, бромгексин, сальвин, ацетилцистеин).

Дыхательная гимнастика.

Отвлекающие процедуры: горчичники на грудную клетку.

Физиотерапия: диатермия, УВЧ на грудную клетку, электрофорез хлорида кальция.

Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

Прогноз для жизни благоприятный, но неблагоприятный для полного и стойкого выздоровления.

*Профилактика*:

первичная:

* закаливание;
* рациональное питание;
* отказ от курения;
* своевременное лечение острого бронхита;

вторичная:

* диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим бронхитом;
* рациональное трудоустройство, исключающее действие неблагоприятных производственных факторов (пыль, токсические вещества);
* санация очагов хронической инфекции;
* своевременное лечение инфекционных поражений дыхательных путей;
* санаторно-курортное лечение.

**ЗАДАЧА . *Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема легких.***

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.

Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной 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. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

Эталоны ответов

***1. Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема легких.***

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

* ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;
* связь возникновения приступов с периодом цветения;
* связь начала заболевания с психоэмоциональным потрясением;
* наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников);
* наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты;

2) объективные данные:

* при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, втяжение межреберий, набухание шейных вен, ЧДД - 26 в мин.;
* при перкуссии легких ‑ коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких;
* при аускультации ‑ сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

2. Общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов. Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов. Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана). Исследование функции внешнего дыхания ‑ спирография (снижение показателя Тиффно), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов). Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

3. Астматический статус. Дыхательная недостаточность.

4. Пациентка является временно нетрудоспособной. Нуждается в назначении базового лечения бронхиальной астмы, консультации аллерголога.

*Принципы лечения*:

Режим полупостельный.

Диета гипоаллергенная.

Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: беротек, сальбутамол, теопек.

Комбинированные препараты: беродуал

Стабилизаторы мембран тучных клеток: интал, тайлед

Ингаляционные глюкокортикостероиды: бекотид, бекламет.

Дыхательная гимнастика.

Массаж.

Психотерапия.

Санаторно-курортное лечение.

Прогноз в отношении жизни благоприятный в случае проведения противорецидивного лечения.

*Профилактика обострений:*

* устранить действие аллергенов (по возможности). В период цветения трав следует занавешивать форточки на окнах мокрой марлей, ежедневно проводить влажную уборку комнат, убрать ковры;
* проводить пикфлоуметрию с целью мониторинга бронхиальной проходимости. При ухудшении показателей пиковой скорости выдоха следует откорректировать лечение;
* диспансерное наблюдение, обучение пациента в астма-школах;
* проведение специфической гипосенсибилизации.

**ЗАДАЧА**. ***Крупозная пневмония.***

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

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования .

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Крупозная пневмония.***

*Обоснование*: 1) данные анамнеза:

* синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со “ржавой мокротой”;
* острое начало заболевания;

2) объективные данные: лихорадка,

* при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;
* при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;
* при пальпации ‑ усиление голосового дрожания;
* при аускультации ‑ ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

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

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

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения:*

Строгий постельный режим, наблюдение дежурного персонала.

Диета № 15, обогащенная витаминами, пища полужидкая, питательная.

Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, клюквенный морс, чай с малиновым вареньем, чай с цветками липы.

Антибактериальная терапия: антибиотики (пенициллин, полусинтетические пенициллины ‑ ампициллин, оксациллин, ампиокс, амоксициллин, комбинированные препараты ‑ амоксиклав, аугментин, цефалоспорины ‑ кефзол) или сульфаниламиды (сульфадиметоксин, бисептол) .

Сосудистые средства: кофеин, кордиамин.

Оксигенотерапия.

Отхаркивающие средства: термопсис, алтей.

Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.

Обработка полости рта 2% р-ром гидрокарбоната Na или слабым раствором перманганата калия.

Обработка герпетических высыпаний цинковой мазью.

Дыхательная гимнастика. Массаж грудной клетки.

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении.

*Профилактика:*

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

**ЗАДАЧА. *Правосторонняя очаговая пневмония***

Больной Г., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера ‑ вновь поднялась температура до 38,40С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Правосторонняя очаговая пневмония.***

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

синдром интоксикации;

одышка, кашель со слизисто-гнойной мокротой;

постепенное начало (после ОРЗ);

2) объективные данные:

при перкуссии ‑ локальное притупление перкуторного звука;

при аускультации ‑ дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

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

3. Абсцедирование.

4. Пациент нуждается в стационарном лечении.

*Принципы лечения*:

Постельный режим.

Диета № 15, обогащенная витаминами .

Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, чай с малиновым вареньем, чай с липовым цветом .

Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности микробной флоры.

Сосудистые средства: кофеин, кордиамин.

Отхаркивающие средства: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин.

Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.

Оксигенотерапия.

Дыхательная гимнастика.

Массаж грудной клетки.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

*Профилактика:*

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

**ЗАДАЧА. *Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.***

Больной Ж., 29 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,40С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стекол”, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.***

*Обоснование:* 1) данные анамнеза:

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

длительность заболевания, наличие обострений;

2) объективные данные:

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

при перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких;

при аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы.

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

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

4. Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в амбулаторных условиях.

*Принципы лечения:*

Режим постельный.

Диета № 15, обогащенная белками (мясо, рыба, творог) и витаминами (фрукты, овощи, соки, сиропы).

Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорины, гентамицин.

Отхаркивающие препараты: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин, мукалтин .

Обильное щелочное питье: минеральные воды.

Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами).

Массаж грудной клетки. Дыхательная гимнастика. Лаваж (промывание) бронхов .

Прогноз зависит от тяжести и клинического течения заболевания. При наличии осложнений прогноз неблагоприятный.

*Профилактика:*

первичная:

* диспансерное наблюдение за больными хроническим бронхитом, пневмонией, их систематическое лечение;
* исключение влияния на организм вредных факторов производства;
* борьба с курением;
* закаливание;
* своевременное и адекватное лечение детских инфекционных заболеваний (корь, коклюш)

вторичная:

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

**ЗАДАЧА. *Абсцесс правого легкого***

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

Объективно: температура 38,50С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования .

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Абсцесс правого легкого.***

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

синдром интоксикации, одышка, влажный кашель;

внезапное появление большого количества гнойной мокроты;

2)объективные данные:

высокая температура;

при осмотре: гиперемия лица;

при перкуссии: локальное притупление перкуторного звука;

при аускультации: дыхание бронхиальное над ограниченным участком легкого, влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое (обнаружение эластических волокон) и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. рентгенография органов грудной клетки: до прорыва абсцесса в бронх ‑ округлое затенение, после прорыва ‑ округлая полость с горизонтальным уровнем жидкости.

3. Легочное кровотечение, переход в хроническую форму, прорыв гнойника в плевральную полость, возникновение новых абсцессов в легких, метастазирование абсцессов в другие органы.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

*Принципы лечения*:

Режим постельный .

Диета № 15, обогащенная белками и витаминами.

Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности возбудителя (полусинтетические пенициллины, гентамицин) .

Пути введения: в/м, в/в, эндобронхиально.

Инфузионная терапия: белковые препараты, кровезаменители.

Постуральный дренаж.

Лечебная бронхоскопия.

Прогноз благоприятный при своевременном и эффективном лечении, отсутствии осложнений.

*Профилактика*:

* ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение пневмоний, септических состояний;
* своевременное извлечение инородных тел, попавших в дыхательные пути;
* профилактика аспирации рвотных масс при возникновении рвоты у пациентов, находящихся в бессознательном состоянии;
* борьба с вредными привычками (курение, злоупотребление алкоголем), ведущими к снижению реактивности организма;
* разъяснение принципов рационального питания, которое способствует повышению реактивности организма и укреплению защитных сил.

**ЗАДАЧА. *Рак легкого.***

Больной Р., 46 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты. Похудел на 6 кг за 3 мес. Курит в течение 30 лет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,90С. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы, перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по среднеключичной линии.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1.Рак легкого.***

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

синдром интоксикации, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты;

постепенное начало заболевания;

вредные привычки (курение);

2) объективные данные:

при осмотре: бледность кожи ;

при пальпации: увеличение лимфатических узлов;

при перкуссии: локальное притупление звука;

при аускультации: дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, может быть анемия. Микроскопическое исследование мокроты на атипичные клетки, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (определение тени опухоли), томография, бронхоскопия с прицельной биопсией и последующим цитологическим исследованием, бронхография: невозможность поступления контрастного вещества из-за закупорки бронха опухолью.

3. Кровохарканье и легочное кровотечение, ателектаз, плеврит, метастазирование в другие органы.

4. Пациента следует направить в онкологический диспансер для решения вопроса о подготовке и проведении оперативного лечения.

*Принципы лечения*:

Режим полупостельный.

Диета № 15.

Оперативное лечение проводится в том случае, если опухоль не распространена на другие доли легкого, нет метастазов в регионарные лимфатические узлы.

Химиотерапия проводится после проведенной операции.

Антибактериальная терапия при наличии сопутствующих воспалительных явлений.

Противокашлевые препараты (наркотического действия).

При невозможности проведения оперативного лечения проводится лучевая терапия или химиотерапия.

Наркотические анальгетики.

Сердечно-сосудистые средства.

Оксигенотерапия.

Прогноз зависит от стадии заболевания. При ранней диагностике, проведении комплекса лечебных мероприятий прогноз для жизни благоприятный. При поздней диагностике заболевания прогноз для жизни неблагоприятный.

*Профилактика*:

борьба с курением;

соблюдение техники безопасности на производстве: устранение воздействия пыли (использование респираторов), ядовитых газов и профессиональных вредностей;

использование новых видов топлива (применение газовых двигателей в автомобилях);

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями органов дыхания;

диспансерное наблюдение за пациентами, которым проведено оперативное лечение по поводу онкологического заболевания.

**ЗАДАЧА. *Сухой плеврит.***

Больной И., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, повышение температуры, сухой кашель, сильную боль в правой половине грудной клетки. Больному легче лежать на правом боку.

Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Пациент лежит на правом боку. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании. Дыхание справа ослабленное, выслушивается шум трения плевры.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Сухой плеврит.***

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

* синдром интоксикации;
* боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком вдохе;
* уменьшение боли в положении лежа на больной стороне .

2) объективные данные:

* при осмотре: вынужденное положение пациента на больной стороне, отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании;
* при аускультации: дыхание ослабленное с пораженной стороны, шум трения плевры.

2.Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки: помогает в выявлении основного заболевания

3. Экссудативный плеврит.

4. Пациенту требуется лечение основного заболевания после уточнения этиологии заболевания.

*Принципы лечения*:

Терапия основного заболевания: при пневмонии ‑ антибактериальные препараты, при туберкулезе ‑ туберкулостатики, при раке легкого ‑ цитостатики, при заболеваниях соединительной ткани ‑ противовоспалительные препараты.

Симптоматическое лечение: противовоспалительные препараты, противокашлевые препараты, банки, горчичники, согревающий компресс на грудную клетку, смазывание грудной клетки раствором йода.

Прогноз благоприятный при эффективном лечении основного заболевания.

*Профилактика:* своевременное лечение заболеваний, ведущих к развитию плеврита.

**ЗАДАЧА. *Экссудативный плеврит.***

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

Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталон ответа

***1. Экссудативный плеврит.***

*Обоснование*:

1) данные анамнеза:

синдром интоксикации, сухой кашель, нарастающая одышка, чувство тяжести в одной половине грудной клетки;

постепенное начало заболевания;

вынужденное положение сидя;

2) объективные данные:

при осмотре: отставание при дыхании и выбухание пораженной половины грудной клетки; вынужденное положение пациента сидя

при перкуссии: тупой звук над областью поражения, смещение левой границы сердца;

* при пальпации: ослабление голосового дрожания;
* при аускультации: дыхание над пораженной областью резко ослаблено.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки: затенение в нижних отделах грудной клетки с косой верхней границей, смещение органов средостения в здоровую сторону, плевральная пункция.

3. Дыхательная и сердечная недостаточность, развитие плевральных спаек.

4. Пациента следует госпитализировать, провести адекватное лечение после уточнения этиологии заболевания.

*Принципы лечения*:

Постельный режим (высокое изголовье).

Диета высококалорийная, с достаточным содержанием витаминов и белков .

Плевральная пункция:

диагностическая ‑ для уточнения этиологии заболевания .

лечебная ‑ для эвакуации жидкости и облегчения дыхания и сердечной деятельности.

Лечение основного заболевания: при пневмонии ‑ антибактериальные препараты,

при туберкулезе ‑ туберкулостатики, при раке легкого ‑ цитостатики, при заболеваниях соединительной ткани ‑ противовоспалительные препараты .

В период рассасывания экссудата, во избежание образования спаек ‑ дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки.

Анальгетики.

Переливание белковых препаратов, плазмы.

Прогноз благоприятный при проведении этиотропного лечения.

*Профилактика*:

* повышение защитных сил организма (закаливание, занятия физическими упражнениями);
* рациональное питание;
* предупреждение заболеваний, которые могут осложниться плевритом;
* раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, которые могут привести к развитию плеврита;
* профилактика травматизма (травм грудной клетки);
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими плеврит.

**ЗАДАЧА. *Правосторонний фибринозный плеврит***

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

Объективно: t=37,4°, кожные покровы розовые. Грудная клетка обычной формы. При осмотре отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими - ясный легочной звук. При аускультации справа дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, чистые.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.
4. Определите ваши действия в отношении данного больного.
5. Расскажите о периодах лихорадки, их характеристика, принципы ухода за больными в различные периоды лихорадки.

Эталон ответа

1. Предположительный диагноз***: правосторонний фибринозный плеврит –*** поставлен на основании:

* жалоб на боль в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, наклонах туловища влево;
* объективных данных: субфебрильная лихорадка; отставание правой половины грудной клетки при дыхании; при аускультации справа шум трения плевры.

Боль связана с тем, что на одном из листков плевры имеются фибринозные наложения, при этом возникают условия для соприкосновения и трения листков друг о друга (на высоте вдоха, при кашле).

Подтверждает данный факт наличие шума трения плевры с пораженной стороны; больной «щадит» пораженную половину грудной клетки при дыхании.

1. Дополнительные обследования.

Поскольку пациент не может четко указать причину заболевания, можно предположить туберкулезную этиологию плеврита, тем более, что интоксикация и лихорадка слабо выражены. Для подтверждения диагноза необходимо:

* проведение пробы Манту;
* рентгенография грудной клетки (исключить опухоль, воспаление легких);
* консультация фтизиатра;
* общий анализ крови (наличие лейкоцитоза, увеличение СОЭ).

1. Принципы лечения сухого плеврита:

* этиотропная терапия (лечение основного заболевания);
* симптоматическая терапия (анальгетики, ненаркотические противокашлевые средства);
* дезинтоксикационная терапия.

1. Действия фельдшера.

Направить пациента к терапевту районной поликлиники, консультация фтизиатра, лечение в условиях соответствующего стационара (туберкулезного, онкологического – в зависимости от причины).

1. Периоды лихорадки.

Различают 3 периода:

* период подъема температуры: кожа на ощупь холодная, у больного – озноб, недомогание, головная боль, боли в мышцах и суставах.

Уход: тепло укрыть, к ногам – грелку, дать сладкий горячий чай.

* период относительного постоянства температуры: начинается потоотделение, беспокоит чувство жара, сухость во рту, головная боль. Возможно нарушение сознания (бред, галлюцинации).

Уход: не следует тепло укрывать, частое витаминизированное питье (соки, морсы), частое дробное питание (диета №13). Установить индивидуальный пост; туалет кожи и слизистых, смазывание губ раствором антисептиков, вазелиновым маслом; смена белья, проветривание помещения, избегать сквозняков. Пузырь со льдом или холодный компресс на голову.

* период снижения температуры: литическое – в виде постепенного снижения температуры; критическое – резкое снижение температуры. При кризисе возможен коллапс – при этом уложить горизонтально, приподнять ножной конец кровати, обложить грелками, укрыть, дать сладкий крепкий чай или кофе. Необходима частая смена нательного и постельного белья. По показаниям введение раствор кордиамина (кофеина, сульфокамфокаина).

### Кардиология

**ЗАДАЧА. *Ревматизм, ревматический эндомиокардит.***

### 

К фельдшеру обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,40С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке ‑ нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Ревматизм, ревматический эндомиокардит.***

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* синдром интоксикации, боли в области сердца;
* молодой возраст;
* наличие очагов хронической инфекции;
* ухудшение состояния через 2 недели после ангины;

2) объективные данные:

* субфебрильная температура;
* при осмотре: бледность кожи, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
* при перкуссии: расширение границ сердца влево;
* при аускультации: приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке сердца.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом влево (лейкоцитоз при отчетливом поражении суставов), биохимический анализ крови: увеличение фибриногена, а-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин-О, антигиалуронидаза), рентгенография органов грудной клетки: при тяжелом течении ревмокардита ‑ увеличение размеров сердца, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография: могут быть нарушения проводимости (удлинение интервала РQ), снижение амплитуды зубца Т.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование порока сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли, суточное количество жидкости не более 1,5 л

Антибактериальная терапия (антибиотики ‑ пенициллин)

Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, индометацин, вольтарен и др.)

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:

* повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий);
* санация очагов хронической инфекции;
* своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии;

вторичная:

* бициллинопрофилактика;
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;

**ЗАДАЧА. *Ревматизм, ревматический полиартрит.***

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 390С, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 390С. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115/60 мм рт.ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Ревматизм, ревматический полиартрит.***

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* синдром интоксикации, боли в крупных суставах, летучесть боли;
* молодой возраст;
* наличие очагов хронической инфекции, частые ангины;
* связь заболевания с предыдущей ангиной;

2) объективные данные:

* при осмотре: лихорадка, припухлость и покраснение кожи над пораженными суставами, ограничение движения в них, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
* при аускультации: приглушение сердечных тонов, тахикардия.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом лейкоформулы влево, биохимический анализ крови: увеличение фибриногена, α2-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография: возможны аритмии, изменения зубца Т.

3. При повторных ревматических атаках ‑ формирование порока сердца, острая сердечная недостаточность.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим постельный.

Диета № 10.

Антибактериальная терапия: антибиотики — пеницилин.

Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, вольтарен.

Прогноз в отношении жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:

* повышение защитных сил организма (рациональное питание, закаливание, занятия физическими упражнениями, нормализация режима труда и отдыха, улучшение жилищно-бытовых условий);
* санация очагов хронической инфекции;
* своевременное лечение заболеваний стрептококковой этиологии;

вторичная:

* бициллинопрофилактика;
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;

**ЗАДАЧА. *Ревматизм. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия в стадии декомпенсации.***

На ФАП обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1.Ревматизм. Стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия в стадии декомпенсации.***

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, сухой кашель, кровохарканье;
* перенесенный ревматизм;

2) объективные данные:

* при осмотре: субфебрильная температура тела, цианоз, одышка ;
* при пальпации: симптом «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца
* при перкуссии: расширение границ сердца вверх;
* при аускультации: на верхушке сердца ‑ хлопающий 1-й тон и диастолический шум, акцент второго тона на аорте, влажные хрипы в нижних отделах легких.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимический анализ крови: увеличение фибриногена, α2-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Лечение основного заболевания ‑ ревматизма.

Витамины (вит.В1)

Сердечные гликозиды: коргликон, строфантин, дигоксин

Диуретики: верошпирон, триампур

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

* раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
* круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
* длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя);

**ЗАДАЧА. *Ревматизм, недостаточность митрального клапана в стадии декомпенсации.***

Фельдшер вызван на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1.Ревматизм, недостаточность митрального клапана в стадии декомпенсации.***

*Обоснование:*

1. данные анамнеза:

одышка и сердцебиение в состоянии покоя;

ухудшение состояния в связи с переохлаждением и физическим переутомлением;

состоит на диспансерном наблюдении по поводу ревматизма;

2) объективные данные:

при осмотре: лихорадка, влажность кожи, ЧДД - 30 в мин.;

при перкуссии: расширение границ сердца влево;

при аускультации: на верхушке сердца ослабление первого тона и грубый систолический шум.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: увеличение фибриногена, α2-глобулинов, возрастание титра антител к антигенам стрептококка (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность, формирование комбинированных и сочетанных пороков сердца.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Лечение основного заболевания (ревматизм)

Витамины (вит.В1)

Сердечные гликозиды

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);

диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;

круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;

длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя);

**ЗАДАЧА. *Инфекционный эндокардит, недостаточность аортального клапана в стадии компенсации.***

К фельдшеру обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура 36,80С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1.Инфекционный эндокардит, недостаточность аортального клапана в стадии компенсации.***

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке;
* перенесенный бактериальный эндокардит;

2) объективные данные:

* при осмотре: симптом Мюссе, “пляска каротид”, капиллярный пульс, одышка, повышение систолического АД и понижение диастолического АД;
* при перкуссии: расширение границ сердца влево;
* при аускультации: диастолический шум в точке аускультации аортального клапана.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: возможно увеличение фибриногена, посев крови на гемокультуру: выявление возбудителя, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность.

4. Пациента следует госпитализировать и провести стационарное лечение.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Терапия основного заболевания при обострении процесса: антибактериальные препараты

Витамины (вит.В1)

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

* раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
* круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
* длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя).

**ЗАДАЧА . *Инфекционный эндокардит, стеноз устья аорты в стадии компенсации***

К фельдшеру обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,70С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Инфекционный эндокардит, стеноз устья аорты в стадии компенсации***

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, обморок;
* перенесенные заболевания ‑ частые ангины, ОРЗ; инфекционный эндокардит

2) объективные данные:

* при осмотре: бледность кожи;
* при пальпации: дрожание над основанием сердца, смещение верхушечного толчка вниз и влево;
* при перкуссии: расширение границы сердца влево;
* при аускультации: систолический шум в точках аускультации аортального клапана, тахикардия;

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: увеличение фибриногена, α2-глобулинов, посев крови на гемокультуру: выявление возбудителя, ультразвуковое исследование сердца, рентгенологическое исследование сердца, электрокардиография.

3. Острая сердечная недостаточность.

4. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение при обострении основного заболевания.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Терапия основного заболевания при обострении процесса: антибактериальные препараты

Витамины

Оксигенотерапия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, по мере прогрессирования порока следует решить вопрос о хирургической его коррекции.

*Профилактика:*

* раннее выявление и эффективное лечение заболеваний, исходом которых может быть формирование порока сердца (ревматизм, бактериальный эндокардит, атеросклероз, сифилис и др.);
* диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ревматизм;
* круглогодичная бициллинопрофилактика при ревматизме;
* длительное поддержание порока сердца в состоянии компенсации (рациональное трудоустройство, запрещение тяжелого физического труда, достаточный сон, занятия лечебной физкультурой, рациональное питание, запрещение курения и приема алкоголя).

**ЗАДАЧА. *Гипертоническая болезнь, вторая стадия.***

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Гипертоническая болезнь, вторая стадия.***

Обоснование:

1) данные анамнеза:

* головная боль в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, рвота;
* многолетнее течение заболевания;

2) объективные данные:

* при перкуссии: расширение границ сердца влево;
* при пальпации: пульс твердый, напряженный;
* при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте (признак повышения давления в большом кругу кровообращения).

2. Общий анализ мочи: могут быть следы белка, единичные эритроциты, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна: резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.

3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки

Антагонисты ионов кальция: верапамил, нифедипин

Ингибиторы АПФ: эналаприл, каптоприл

В-адреноблокаторы: атенолол, пропранолол

Диуретики: верошпирон, гипотиазид

Комбинированные препараты: капозид, логимакс

Лечебная физкультура

Фитотерапия: зеленый чай, валериана, пустырник

Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений

*Профилактика:*

* режим труда и отдыха;
* нормализация сна;
* рациональное питание;
* устранение влияния стрессов, психическая саморегуляция;
* запрещение курения и употребления алкоголя;
* диспансерное наблюдение за пациентами с гипертонической болезнью;
* поддерживание уровня АД на нормальных (близких к таковым) значениях с помощью применения гипотензивных препаратов (монотерапия или комбинированное лечение).

**ЗАДАЧА. *Атеросклероз сосудов головного мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия.***

К фельдшеру обратился больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

Объективно: температура 36,50С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. Атеросклероз сосудов головного мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия.***

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* головная боль, головокружение, снижение памяти, плохой сон;
* онемение пальцев рук;
* перемежающаяся хромота;

2) объективные данные:

* при перкуссии: расширение границы сердца влево;
* при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, повышение систолического АД;
* при пальпации: пульс напряженный на лучевой артерии, пульс ослабленный на артериях тыла стоп.

2. Общий анализ крови: может быть увеличение СОЭ, биохимический анализ крови: увеличение содержания в сыворотке крови холестерина, липопротеидов низкой плотности (β-липопротеиды), триглицеридов, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография, неврологическое исследование.

3. Инсульт, инфаркт миокарда, почечная недостаточность, гангрена нижних конечностей, “брюшная жаба”, некроз петель кишечника.

4. Пациент нуждается в проведении медикаментозного лечения и подробном инструктаже по вопросам рационального питания.

*Принципы лечения:*

Режим общий

Диета № 10, уменьшение употребления животных жиров, холестерина, поваренной соли, легкоусваивающихся углеводов, экстрактивных веществ

Лечебная физкультура

Антикоагулянты: гепарин, пелентан, фенилин

Дезагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота

Антагонисты ионов кальция: изоптин, финоптин, коринфар

Статины: ловастатин, симвастатин, фловастатин

Ангиопротекторы: пармидин, продектин, ангинин

Витамины: ксантинола никотинат

Прогноз в отношении жизни благоприятный при соблюдении данных рекомендаций и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

* рациональное питание;
* регулярная физическая работа;
* пребывание на свежем воздухе;
* отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
* нормализация массы тела;
* ликвидация артериальной гипертензии;
* коррекция нарушений обмена веществ (ожирение, подагра, сахарный диабет);
* диспансерное наблюдение за пациентами с атеросклерозом;
* назначение препаратов, воздействующих на липидный обмен.

**ЗАДАЧА. *ИБС: стабильная стенокардия напряжения, второй функциональный класс.***

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

Объективно: температура 36,60С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст..

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталоны ответов

***1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения, второй функциональный класс.***

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* боль за грудиной, сжимающий характер, иррадиация в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу,
* боли непродолжительные;
* возникают при физической нагрузке (подъем по лестнице более чем на один этаж);

2) объективные данные:

* избыточная масса тела;

2. Биохимическое исследование крови: увеличение содержания холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, , электрокардиография может быть снижение сегмента ST в момент приступа, велоэргометрия.

3. Инфаркт миокарда.

4. Больной нуждается в обучении основным принципам самопомощи во время приступа, диетотерапии, а также в назначении медикаментозного лечения в межприступный период.

*Принципы лечения:*

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием

Самопомощь во время приступа стенокардии:

Удобно сесть

Расстегнуть стесняющий ворот, ослабить галстук и поясной ремень

Принять нитроглицерин: 1 таблетку под язык или 2 капли на кусочек сахара, или 2 дозы аэрозоля под язык

При отсутствии эффекта через 2-3 минуты прием нитроглицерина повторить

При отсутствии эффекта следует вызвать бригаду скорой помощи

Для профилактики приступов стенокардии пациенту следует назначить нитрат пролонгированного действия: изосорбид ‑ 5 - мононитрат, нитросорбид, нитронг или др. При отсутствии эффекта монотерапии нитраты комбинируют с в-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция

Прогноз в отношении жизни благоприятный при условии соблюдения пациентом данных ему рекомендаций, аккуратного приема лекарственных препаратов.

*Профилактика:*

первичная:

* рациональное питание (ограничение животных жиров, холестерина, экстрактивных веществ, легкоусваивающихся углеводов, обогащение рациона продуктами, богатыми калием);
* запрещение курения и злоупотребления алкоголем;
* физическая активность;

вторичная:

* диспансерное наблюдение за пациентами со стенокардией;
* профилактический прием нитроглицерина перед предстоящей физической нагрузкой;
* правильное хранение нитроглицерина во избежание снижения его эффективности (в плотно закрывающихся пеналах не больше 1 года).

**ЗАДАЧА *. ИБС: инфаркт миокарда, острый период.***

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

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,80С. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз

2. Назовите необходимые дополнительные исследования

3. Перечислите возможные осложнения

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

Эталоны ответов

1***. ИБС: инфаркт миокарда, острый период.***

*Обоснование:*

1) данные анамнеза:

* боли в области сердца, давящего характера, жжение за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку;
* продолжительность боли ‑ 2 часа;
* отсутствие эффекта от приема нитроглицерина;
* связь заболевания с психоэмоциональным перенапряжением;

2) объективные данные:

* беспокойство больного;
* приглушение сердечных тонов;
* тахикардия.

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

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

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

*Неотложная помощь:*

Наркотические анальгетики или нейролептанальгезия (фентанил и дроперидол)

Антикоагулянты прямого действия (гепарин)

Принципы лечения:

Строгий постельный режим. Индивидуальный пост

Диета № 10, профилактика запоров

Фибринолитическая терапия: стрептокиназа, урокиназа

Антикоагулянты прямого действия: гепарин

Дезагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота

Нитраты пролонгированного действия: изосорбид ‑ 5 - мононитрат, нитросорбид, нитронг

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

Прогноз для жизни благоприятный при эффективном лечении и отсутствии осложнений.

*Профилактика:*

первичная:

* рациональное питание;
* физическая активность;
* запрещение курения и злоупотребления алкоголем;
* психическая саморегуляция;

вторичная:

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