



областное государственное бюджетное

профессиональное образовательное учреждение

 «Черемховский медицинский техникум»

**ФОНД** **ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**для проведения квалификационного экзамена**

по профессиональному модулю 02 «Лечебная деятельность»

МДК 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля»

специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

**Разработчик:**

преподаватель

Зайцева М.Р.

2018 г

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Цели и задачи модуля – требования к результатам освоения модуля
 | 4 |
| 1. Паспорт фонда оценочных средств
 | 6 |
| 1. Комплект фонда оценочных средств
 | 15 |
| 1. Пакет экзаменатора
 | 30 |
|  |  |

**1. Цели и задачи модуля – требования к результатам освоения модуля**

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, студент в ходе освоения профессионального модуля, должен **иметь практический опыт:**

 - назначения лечения и определения тактики ведения пациента;

 - выполнения и оценки результатов лечебных мероприятий;

 - организации специализированного ухода за пациентами при различной патологии с учетом возраста;

 - оказания медицинских услуг в терапии, педиатрии, акушерстве, гинекологии, хирургии, травматологии, онкологии, инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологией, неврологии, психиатрии с курсом наркологии, офтальмологии, дерматовенерологии, оториноларингологии, гериатрии, фтизиатрии.

 **Студент должен уметь:**

 - проводить дифференциальную диагностику заболеваний;

 - определять тактику ведения пациента;

 - назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение;

 - определять показания и противопоказания к применению лекарственных средств;

 - применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп;

 - определять показания к госпитализации пациента и организовать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение;

 - проводить лечебно-диагностические манипуляции;

 - проводить контроль эффективности лечения;

 - осуществлять уход за пациентами при различных заболеваниях с учетом возраста.

 **Студент должен знать:**

 - принципы лечения и ухода в терапии, педиатрии, акушерстве, гинекологии, хирургии, травматологии, онкологии, инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологией, неврологии, психиатрии с курсом наркологии, офтальмологии, дерматовенерологии, оторинолярингологии, гериатрии, фтизиатрии, при осложнениях заболеваний;

 - фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов;

 - показания и противопоказания к назначению лекарственных средств;

 - побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп;

 - особенности применения лекарственных препаратов у разных возрастных групп.

Формой аттестации по МДК 02.01. «Лечение пациентов терапевтического профиля» является экзамен (квалификационный).

Результаты освоения, подлежащие проверке на квалификационном экзамене, является овладение студентом видом профессиональной деятельности (ВПД) «Лечебная деятельность», в том числе профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

**2. Паспорт фонда оценочных средств**

 2.1. ФОС предназначен для текущего контроля ЗУН и компетенций, а также промежуточной аттестации в форме экзамена.

 2.2. Сводные данные о результатах обучения, формах и методах контроля и оценки результатов обучения, критериев оценивания.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Результаты** **(освоенные профессиональные компетенции)** | **Основные показатели оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки**  | **Критерии оценки** |
| ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп | * Представление индивидуальных программ медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов в зависимости от возраста, физиологического состояния и характера заболевания.
 | - тестовый контроль с применением информационных технологий;- устный контроль;-решение проблемно-ситуационных задач;-само- и взаимоконтроль;- деловая игра;-дневник практической деятельности;-наблюдение и оценка выполнения практических действий в реальных или моделируемых условиях;- оценка деятельности на ПП; - анализ деятельности студентов на производственной практике;-учебно-исследовательская работа;- выполнение фрагмента истории болезни.- Экзамен по МДК 02.01. | **Оценивание устного ответа:****«5»** - за глубокое и полное овладение содержанием учебного материала, в котором студент легко ориентируется, умение связывать теорию с практикой, решать практические задачи, высказывать и обосновывать свои суждения. Отличная отметка предполагает грамотно, логическое изложение ответа (как в устной, так и в письменной форме), качественное внешнее оформление; **«4» -** если студент полно освоилучебный материал, ориентируется в изученном материале, осознанно применяет знания для решения практических задач, грамотно излагает ответ, но содержание, форма ответа имеют отдельные неточности;**«3» -** если студент обнаруживает знание и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, в применении знаний для решения практических задач, не умеет доказательно обосновывать свои суждения;**«2» -** если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, не может применять знания для практических задач.**Оценивание письменного опроса:****«отлично»**• вопрос раскрыт полностью, точно обозначены основные понятия и характеристики по теме.**«хорошо»** • вопрос раскрыт, однако нет полного описания всех необходимых элементов.**«удовлетворительно»**• вопрос раскрыт не полно, присутствуют грубые ошибки, однако есть некоторое понимание раскрываемых понятий.**«неудовлетворительно»** • ответ на вопрос отсутствует или в целом не верен.**Оценивание выполнения практических манипуляций** **(в составе задач экзаменационных билетов)** **«отлично»** рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются; **«хорошо»** рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;**«удовлетворительно»** рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;**«неудовлетворительно»** - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.**Оценивание решения ситуационных задач****«отлично»**ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в том числе из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями на анатомических препаратах, с правильным и свободным владением анатомической терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.**«хорошо»** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. **«удовлетворительно»** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в том числе лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.**«неудовлетворительно»** ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в том числе лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций на анатомических препаратах или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.**Оценивание тестового контроля:****Шкала оценивания результатов тестирования:**– от 0% до 69% правильных ответов из общего числа предъявленных тестовых заданий студенту выставляется оценка «неудовлетворительно»;– от 70% до 79% правильных ответов из общего числа предъявленных тестовых заданий студенту выставляется оценка «удовлетворительно»;– от 80% до 89% правильных ответов из общего числа предъявленных тестовых заданий студенту выставляется оценка «хорошо»;– от 90% до 100% правильных ответов из общего числа предъявленных тестовых заданий студенту выставляется оценка «отлично». |
| ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента | * Грамотное определение тактики ведения пациентов различных возрастов и при различных нозологиях на догоспитальном и госпитальном этапах
 |
| ПК 2.3. Выполнение лечебных вмешательств | * Выполнение лечебных вмешательств в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, с соблюдением правил инфекционной и личной безопасности.
* Выполнение требований лечебно-охранительного режима и диетологических принципов лечения.
 |
| ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения | * Анализ проводимого лечения, изменения состояния здоровья пациента и качества его жизни, оценка действия лекарственных препаратов, своевременная смена плана лечения.
 |
| ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента | * Ежедневная оценка и анализ состояния пациента, наблюдение динамики развития заболевания, определение параметров жизнедеятельности организма пациента, оценка изменений показателей лабораторных и инструментальных методов обследования под влиянием проводимого лечения
 |
| ПК 2.6. Организовать специализированный сестринский уход за пациентом | - Своевременное выявление проблем пациента;правильное планирование сестринского ухода за пациентом в зависимости от возраста, пола, нозологии.* Организация взаимодействия с родственниками пациента с соблюдением норм профессиональной этики и обучение их принципам и правилам ухода за пациентом.
 |
| ПК 2.7. Организовать оказание психологической помощи пациенту и его окружению | * Грамотная и корректная организация психологической помощи и поддержки пациентам и их родственниками, близкому окружению с соблюдением норм профессиональной этики. Создание благоприятной психологической среды для пациента и его родственников при проведении лечения.
 |
| ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию | * Полнота, точность, грамотность при заполнении медицинской документации с использованием соответствующей медицинской терминологии в соответствии с предъявляемыми требованиями.
 |

Формы и методы контроля и оценки результатов обучения должны позволять проверять у обучающихся не только сформированность профессиональных компетенций, но и развитие **общих компетенций** и обеспечивающих их умений.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Результаты** **(освоенные профессиональные компетенции)** | **Основные показатели оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки**  | **Критерии оценки** |
| ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес | * Демонстрация интереса к будущей профессии и понимания ее значимости в современном обществе.
 | Интерпретация результатов наблюдений за деятельностью обучающегося в процессе освоения образовательной программы. | **«отлично»:** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями. **«хорошо»:** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании.  **«удовлетворительно»:** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием. **«неудовлетворительно»:** ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования. |
| ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество | * Выбор и применение методов и способов решения профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов;
* Анализ и оценка эффективности и качества собственной профессиональной деятельности.
 |
| ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность | * Грамотное решение стандартных и нестандартных профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов различных возрастов, при различной патологии и в различных ситуациях.
* Способность анализировать свою профессиональную деятельности и нести ответственность за нее.
 |
| ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития | * Эффективный поиск необходимой информации.
* Использование различных источников информации, включая электронные.
 |
| ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности | * Грамотная работа с персональным компьютером, Интернетом, другими электронными носителями на уровне пользователя.
 |
| ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями | * Взаимодействие с обучающимися, преподавателями и представителями практического здравоохранения в ходе обучения. - Грамотное взаимодействие с пациентами и их родственниками в процессе выполнения профессиональной деятельности.
 |
| ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий | * Умение анализировать собственную профессиональную деятельность и деятельность коллег, отвечать за результаты коллективной деятельности. Умение работать в команде, взаимодействовать со студентами и преподавателями, с коллегами по работе и нести ответственность за результат коллективного труда.
 |
| ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации | * Организация самостоятельных занятий при изучении профессионального модуля, представление плана самообразования с планом саморазвития и постановкой целей и задач на ближайшее и отдаленное будущее, выбор и обоснование траектории профессионального роста.
 |
| ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности | * Анализ инноваций в сфере здравоохранения при лечении пациентов с использованием передовых технологий и планирование применения их в своей профессиональной деятельности.
 |
| ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия | * Уважительное отношение к пациентам, бережное и толерантное отношение к представителям других национальностей, вероисповеданий и культур, лицам, принадлежащим к различным социальным слоям общества, милосердное отношение к ветеранам всех войн, бережное отношение к историческому наследию своего народа и народов других национальностей и государств.
 |
| ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку | * Ответственное отношение к окружающему миру живой природы, обществу, ответственность за высказывания и поступки, бережное и ответственное отношение к каждому человеку как к личности, включая пациентов.
 |
| ОК 12. Обеспечивать безопасные условия труда в профессиональной деятельности | * Четкое соблюдение техники безопасности, соблюдение инфекционной безопасности, соблюдение личной безопасности при работе с пациентами, обеспечение безопасности для пациентов.
 |
| ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей | * Анализ показателей собственного здоровья, регулярные занятия физической культурой и спортом, формирование приверженности здоровому образу жизни, всемерное укрепление здоровья, закаливающие процедуры, своевременное лечение острых заболеваний, обострений хронических заболеваний с целью достижения жизненных и профессиональных целей в пределах программы обучения, построение будущей профессиональной карьеры, использование здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе. Использование профессиональных знаний и умений в целях укрепления собственного здоровья.
 |

**3. Комплект фонда оценочных средств**

**1. Перечень теоретических вопросов для подготовки к экзамену** – см. Приложение 1

**2. Комплект заданий – банк типовых профессионально-ориентированных задач для подготовки к экзамену** – см. Приложение 2

**4. Пакет экзаменатора**

 **Форма проведения экзамена:**

 Решение задач по экзаменационным билетам. Банк типовых профессионально-ориентированных задач для подготовки к экзамену – см. Приложение 2

 **Тип оценочных заданий**: задания, проверяющие отдельные компетенции внутри профессионального модуля.

 **Вид заданий**: профессионально-ориентированные задачи.

 **Количество заданий для экзаменующегося**, **выносимых на экзамен** – 1ситуационная задача, 1 манипуляция.

 **Количество вариантов заданий для экзаменующегося** – 30.

 **Максимальное время выполнения задания** – 15 минут.

 **Экзаменационные билеты** – см. Приложение 3

 **Эталоны ответов** к профессионально-ориентированным задачам – см. Приложение 4

 **Оценочные листы** – см. Приложение 5

**5. Литература для подготовки к экзамену:**

**Основные источники:**

1. Лечение пациентов терапевтического профиля [Электронный ресурс]: учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440131.html>
2. Лечение пациентов терапевтического профиля: учебное пособие / В.Г. Лычев, В.К. Карманов — М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2015. — 341 с. – (Профессиональное образование).

**Дополнительные источники:**

1. Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс]: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Общий уход за больными в терапевтической клинике [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970425206.html

**Профильные web-сайты Интернета:**

1. Министерство здравоохранения и социального развития РФ (http/www.minzdravsoc.ru)

2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (http/www.rospotrebnadzor.ru)

3. ФГУЗ Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (http/www.fcgsen.ru)

4. Информационно-методический центр «»Экспертиза» (http/www.crc.ru)

5. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения ((http/www.mednet.ru)

**6. Оснащение кабинета**

 **«Лечение пациентов терапевтического профиля»**

* Столы ученические
* Стол учительский
* Стол компьютерный
* Монитор
* Процессор
* Клавиатура
* Компьютерная мышь
* Проектор
* Экран
* Кушетка
* Шкафы
* Ширма
* Аппарат ЭКГ
* Глюкометр
* Базовый комбинированный манекен (фантом человека)
* Цифровой манекен аускультации сердца и легких с пультом
* Цифровой манекен симулятор для отработки навыков пальпации и аускультации органов брюшной полости с электронным контроллером
* Манипуляционный столик
* Контейнер пластиковый КДС-5 на 5л
* Тонометр
* Фонендоскоп
* Лотки (пластм.)
* Лотки (метал.)

Приложение 1

**Перечень теоретических вопросов для подготовки к экзамену**

1. Лечение трахеитов

2. Лечение острых бронхитов

3. Лечение, хронических бронхитов

4. Лечение эмфиземы легких

5. Лечение хронической обструктивной болезни легких

6. Лечение пневмоний

7. Лечение нагноительных заболеваний легких

8. Лечение дыхательной недостаточности

9. Лечение плевритов

10. Лечение бронхиальной астмы

11. Лечение бронхиальной астмы в период приступов

12. Лечение бронхиальной астмы в межприступный период

13. Лечение ревматизма

14. Лечение приобретенных пороков сердца

15. Лечение эндокардитов

16. Лечение миокардитов

17. Лечение миокардиодистрофии

18. Лечение перикардитов

19. Лечение артериальных гипертензий

20. Лечение атеросклероза

21. Лечение ИБС

22. Лечение стенокардии

23. Лечение инфаркта миокарда

24. Лечение хронической сердечной недостаточности

25. Лечение острого и хронического гастритов

26. Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

27. Лечение хронического гепатита

28. Лечение цирроза печени

29. Лечение хронического холецистита

30. Лечение дискинезий желчевыводящих путей

31. Лечение хронического панкреатита

32. Лечение синдрома раздраженного кишечника

33. Лечение острого диффузного гломерулонефрита

34. Лечение хронического гломерулонефрита

35. Лечение острого пиелонефрита

36. Лечение хронического пиелонефрита

37. Оказание медицинской помощи при мочекаменной болезни

38. Лечение хронической почечной недостаточности

39. Лечение тиреотоксикоза

40. Лечение тиреоидитов

41. Лечение эндемического зоба

42. Лечение гипотериоза

43. Лечение заболеваний гипофиза

44. Лечение заболеваний надпочечников

45. Лечение сахарного диабета и его осложнений

46. Лечение острых лейкозов

47. Лечение хронических лейкозов

48. Лечение железодефицитной анемии

49. Лечение В-12-дефицитной анемии

50. Оказание медицинской помощи при гемолитических анемиях

51. Оказание медицинской помощи при гипо - и апластических анемиях, гемолитических анемиях

52. Лечение геморрагических диатезов

53. Лечение системной красной волчанки, склеродермии

54. Лечение дерматомиозита

55. Лечение узелкового периартериита

56. Лечение ревматоидного полиартрита

57. Лечение остеоартроза

58. Лечение подагры

59. Лечение остеопороза

Приложение 2

**Банк типовых профессионально-ориентированных задач для подготовки**

**к экзамену**

**Задача №1**

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к участковому врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

 Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задача №2**

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. - 4,3 х 1012,  лейк. - 9,2 х 109,  п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

**Задача №  3**

          Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “cетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще  по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим  был в командировке, напряженно работал.

         Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100  мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент П тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

**Задача №   4**

       Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

      Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

     Объективно: темп. тела 37,30С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей. При исследовании функции внешнего дыхания выявлены признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

**Задача №  5**

      Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до 37,50С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки.

      Объективно: темп. 37,30С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

**Задача №   6**

  Больной 22 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 390С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Неделю назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

   Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка  в покое с ЧД  22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 6 см2 угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора.

**Задача № 7**

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задача № 8**

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.

**Задача № 9**

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру [с жалобами на ежедневные приступы](http://zubstom.ru/docs/index-16258.html) 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](http://zubstom.ru/docs/index-16258.html). 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](http://zubstom.ru/docs/index-1149.html). 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.

**Задача №10**

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. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задача №11**

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру [с жалобами на отеки на лице](http://zodorov.ru/zadacha-1-gn-smeshannaya-forma.html), нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/120 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабоположительный [с обеих сторон](http://zodorov.ru/literatura-dlya-studentov-medicinskih-vuzov-akusherstvo-pod-re.html).

**Задача №12**

Больной В., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2º С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 160/120 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

**Задача № 13**

Фельдшер срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в [области поясницы и правой половины](http://zodorov.ru/pasportnaya-chaste-v2.html) живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали “скорую помощь”, после инъекции боли прошли, но после этого приступа была красная моча.

Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в [правой половине](http://zodorov.ru/tema-prakticheskogo-zanyatiya-v4.html). Симптом поколачивания резко положительный справа.

**Задача №14**

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру [с жалобами на слабость](http://zodorov.ru/1-o-kakoj-patologii-mojno-podumate-na-osnovanii-jalob.html), потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, экзофтальм, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задача № 15**

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

Объективно: температура 35,40С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 100/60мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

**Задача №16**

Больная Т., 67 лет, обратилась к фельдшеру [с жалобами на жажду](http://zodorov.ru/zadacha-1-bolenoj-s-66-let-obratilsya-v-kliniku-s-jalobami-na.html), сухость во рту, кожный зуд в [области промежности](http://zodorov.ru/algoritm-zashita-promejnosti-v-rodah.html), обильное выделение мочи, слабость. Подобные жалобы появились 3 месяца назад.

Объективно: температура 36,60С. Рост 160 см, масса тела 92 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, видны следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 140/90. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задача №17**

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру [с жалобами на потрясающий озноб](http://zodorov.ru/problemno-situacionnie-zadachi-po-ib-i-epid.html), повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе   частые циститы.

Объективно: температура 380С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом поколачивания положительный справа.

**Задача №18**

К фельдшеру обратилась женщина 21 года [с жалобами на появление боли в](http://zodorov.ru/zadacha-1-bolenoj-s-66-let-obratilsya-v-kliniku-s-jalobami-na.html) эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,60С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

**Задача №19**

Больной И., 30 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в [эпигастральной области](http://zodorov.ru/nozologiya.html), возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает [с погрешностью в диете](http://zodorov.ru/a-injichishho-2012g.html) (злоупотреблял алкоголем). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задача №20**

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру [с жалобами на острые боли в животе](http://zodorov.ru/i-vegetativnaya-nervnaya-sistema-holinomimetiki-antiholinester.html), возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задача №21**

Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в [течение года](http://zodorov.ru/sluchai-zabolevaniya-registriruyutsya-v-techenie-vsego-goda-no.html). Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задача №22**

Больной З., 62 лет, обратился к фельдшеру [с жалобами на рвоту вскоре после](http://zodorov.ru/kakoj-predvaritelenij-diagnoz-mojno-postavite-dannomu-bolenomu.html) приема пищи, чувство полноты и тяжести в животе после еды, нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание. Болен 5 лет, лечился амбулаторно по поводу анацидного гастрита. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.

Объективно: температура 36,60С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастральной области, здесь же пальпируется уплотнение величиной 3 см, подвижное, слабоболезненное. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии.

**Задача №23**

К фельдшеру обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,90С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В [углах рта определяются](http://zodorov.ru/zubi-stroenie-zubnaya-formula-sroki-prorezivaniya-i-smeni-zubo.html) “заеды”. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

**Задача №24**

К фельдшеру обратился мужчина 42 лет [с жалобами на боли внизу живота и в](http://zodorov.ru/1-o-kakoj-patologii-mojno-podumate-na-osnovanii-jalob.html) левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в [течение нескольких лет](http://zodorov.ru/ahalaziya-pishevoda-v2.html).

Объективно: температура тела 37,10С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

**Задача №25**

Больной Г., 42 лет, обратился к фельдшеру [с жалобами на общую слабость](http://zodorov.ru/1-o-kakoj-patologii-mojno-podumate-na-osnovanii-jalob.html), недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в [правом подреберье](http://zodorov.ru/situacionnie-zadachi-s-etalonami-otvetov-zadacha-1.html), тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад.

Объективно: температура 37,30С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, [с желтушным оттенком](http://zodorov.ru/lekciya-1-differencialenaya-diagnostika-zabolevanij-protekayus.html). Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

**Задача №26**

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из [анамнеза выяснилось](http://zodorov.ru/anamnez-osobennosti-metodiki-sbora-anamneza-v-pediatricheskoj.html), что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,90С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в [правом носовом ходе есть корочки](http://zodorov.ru/mesto-soversheniya-doverennosti.html) коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в [размерах](http://zodorov.ru/informaciya-o-vidah-i-razmerah-viplat.html), при пальпации слабоболезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

**Задача №27**

Больная В., 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в [области правого подреберья](http://zodorov.ru/razvitie-pravogo-polushariya.html), которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет.

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задача №28**

Фельдшера вызвали на дом к больной 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в [подложечной области](http://zodorov.ru/koncepciya-informacionnaya-politika-pravitelestva-orenburgskoj.html), тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые.

Объективно: температура 37,60С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

**Задача №29**

К фельдшеру обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в [эпигастральной области](http://zodorov.ru/nozologiya.html). Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,20С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в [верхней половине и в левом](http://zodorov.ru/vse-chto-vi-hoteli-uznate-o-izbitochnom-roste-volos.html) подреберье.

**Задача №30**

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в [затылочной области](http://zodorov.ru/f-i-o-sh-a-v-vozrast.html), рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из [анамнеза выяснилось](http://zodorov.ru/anamnez-osobennosti-metodiki-sbora-anamneza-v-pediatricheskoj.html), что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в [течение нескольких лет](http://zodorov.ru/ahalaziya-pishevoda-v2.html), 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, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Приложение 3

**Экзаменационные билеты**

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 1** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к участковому врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.  **Объективно:** повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику измерения артериального давления. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 2** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина. **Объективно:** кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.Общий анализ крови : эр. - 4,3 х 1012,  лейк. - 9,2 х 109,  п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику измерения ЭКГ. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 3** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**           Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «cетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще  по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим  был в командировке, напряженно работал.         **Объективно:** состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100  мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент П тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки в/м инъекции. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 4** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**        Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.      Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.     **Объективно:** температура тела 37,30С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над - и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей. При исследовании функции внешнего дыхания выявлены признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте правила пользования карманным ингалятором. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 5** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**       Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), «свист в груди», приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до 37,50С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки.      **Объективно:** температура 37,30С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте методику аускультации легких. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 6** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больной 22 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 390С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Неделю назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.   **Объективно:** общее состояние средней тяжести. Одышка  в покое с ЧД  22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 6 см2 угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки п/к инъекции. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 7** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недом огание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. **Объективно:** температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику паровых ингаляций в домашних условиях.  |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 8** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** 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****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки горчичников. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 9** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру [с жалобами на ежедневные приступы](http://zubstom.ru/docs/index-16258.html) 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](http://zubstom.ru/docs/index-16258.html). 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](http://zubstom.ru/docs/index-1149.html). 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****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику пользования карманным ингалятором. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 10** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** 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. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику оксигенотерапии кислородной подушкой. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 11** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру [с жалобами на отеки на лице](http://zodorov.ru/zadacha-1-gn-smeshannaya-forma.html), нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина. **Объективно:** температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/120 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабоположительный [с обеих сторон](http://zodorov.ru/literatura-dlya-studentov-medicinskih-vuzov-akusherstvo-pod-re.html).**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки в/м инъекции. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 12** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больной В., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением. **Объективно**: температура: 37,2º С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 160/120 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки п/к инъекции. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 13** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Фельдшер срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в [области поясницы и правой половины](http://zodorov.ru/pasportnaya-chaste-v2.html) живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали “скорую помощь”, после инъекции боли прошли, но после этого приступа была красная моча. **Объективно:** температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в [правой половине](http://zodorov.ru/tema-prakticheskogo-zanyatiya-v4.html). Симптом поколачивания резко положительный справа.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Объясните диагностическую ценность общего [анализа мочи и правила подготовки пациента](http://zodorov.ru/pravila-sbora-obshego-analiza-mochi-dostovernij-analiz-mochi-p.html) к этому исследованию. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 14** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру [с жалобами на слабость](http://zodorov.ru/1-o-kakoj-patologii-mojno-podumate-na-osnovanii-jalob.html), потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц. **Объективно:** температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, экзофтальм, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания. **Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику [проведения термометрии](http://zodorov.ru/ocenka-funkcionalenogo-sostoyaniya-student-doljen-znate-normal.html). |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 15** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течение 2-х лет. **Объективно:** температура 35,40С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 100/60мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику подсчета пульса на лучевой артерии. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 16** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Больная Т., 67 лет, обратилась к фельдшеру [с жалобами на жажду](http://zodorov.ru/zadacha-1-bolenoj-s-66-let-obratilsya-v-kliniku-s-jalobami-na.html), сухость во рту, кожный зуд в [области промежности](http://zodorov.ru/algoritm-zashita-promejnosti-v-rodah.html), обильное выделение мочи, слабость. Подобные жалобы появились 3 месяца назад. **Объективно**: температура 36,60С. Рост 160 см, масса тела 92 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, видны следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 140/90. Абдоминальной патологии не выявлено.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику подсчета ЧДД. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 17** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру [с жалобами на потрясающий озноб](http://zodorov.ru/problemno-situacionnie-zadachi-po-ib-i-epid.html), повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе   частые циститы. **Объективно**: температура 380С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом поколачивания положительный справа.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки в/в инъекции.  |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 18** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  К фельдшеру обратилась женщина 21 года [с жалобами на появление боли в](http://zodorov.ru/zadacha-1-bolenoj-s-66-let-obratilsya-v-kliniku-s-jalobami-na.html) эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года. **Объективно**: температура 36,60С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.**Задания**Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Расскажите правила подготовки пациентки к ФЭГДС.  |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 19** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Больной И., 30 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в [эпигастральной области](http://zodorov.ru/nozologiya.html), возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает [с погрешностью в диете](http://zodorov.ru/a-injichishho-2012g.html) (злоупотреблял алкоголем). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь. **Объективно:** общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику пальпации живота. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 20** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача** Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру [с жалобами на острые боли в животе](http://zodorov.ru/i-vegetativnaya-nervnaya-sistema-holinomimetiki-antiholinester.html), возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. **Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. **Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Расскажите правила подготовки пациента к исследованию кала на скрытую кровь. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 21** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в [течение года](http://zodorov.ru/sluchai-zabolevaniya-registriruyutsya-v-techenie-vsego-goda-no.html). Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем. **Объективно:** общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Расскажите правила подготовки пациента к биохимическому анализу крови. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 22** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больной З., 62 лет, обратился к фельдшеру [с жалобами на рвоту вскоре после](http://zodorov.ru/kakoj-predvaritelenij-diagnoz-mojno-postavite-dannomu-bolenomu.html) приема пищи, чувство полноты и тяжести в животе после еды, нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание. Болен 5 лет, лечился амбулаторно по поводу анацидного гастрита. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев. **Объективно:** температура 36,60С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастральной области, здесь же пальпируется уплотнение величиной 3 см, подвижное, слабоболезненное. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии. **Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки п/к инъекции. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 23** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  К фельдшеру обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи. **Объективно:** температура 36,90С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В [углах рта определяются](http://zodorov.ru/zubi-stroenie-zubnaya-formula-sroki-prorezivaniya-i-smeni-zubo.html) «заеды». Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки газоотводной трубки на муляже. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 24** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  К фельдшеру обратился мужчина 42 лет [с жалобами на боли внизу живота и в](http://zodorov.ru/1-o-kakoj-patologii-mojno-podumate-na-osnovanii-jalob.html) левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в [течение нескольких лет](http://zodorov.ru/ahalaziya-pishevoda-v2.html). **Объективно**: температура тела 37,10С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки газоотводной трубки на муляже. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 25** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больной Г., 42 лет, обратился к фельдшеру [с жалобами на общую слабость](http://zodorov.ru/1-o-kakoj-patologii-mojno-podumate-na-osnovanii-jalob.html), недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в [правом подреберье](http://zodorov.ru/situacionnie-zadachi-s-etalonami-otvetov-zadacha-1.html), тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад. **Объективно:** температура 37,30С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, [с желтушным оттенком](http://zodorov.ru/lekciya-1-differencialenaya-diagnostika-zabolevanij-protekayus.html). Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки в/в инъекции |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 26** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из [анамнеза выяснилось](http://zodorov.ru/anamnez-osobennosti-metodiki-sbora-anamneza-v-pediatricheskoj.html), что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве. **Объективно:** температура 36,90С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в [правом носовом ходе есть корочки](http://zodorov.ru/mesto-soversheniya-doverennosti.html) коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в [размерах](http://zodorov.ru/informaciya-o-vidah-i-razmerah-viplat.html), при пальпации слабоболезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная. **Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки в/м инъекции. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 27** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Больная В., 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в [области правого подреберья](http://zodorov.ru/razvitie-pravogo-polushariya.html), которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет. **Объективно:** температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Подготовьте пациента к УЗИ желчного пузыря. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 28** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Фельдшера вызвали на дом к больной 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в [подложечной области](http://zodorov.ru/koncepciya-informacionnaya-politika-pravitelestva-orenburgskoj.html), тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые. **Объективно:** температура 37,60С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Легкая желтушность склер. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки в/м инъекции. |

|  |
| --- |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 29** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  К фельдшеру обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в [эпигастральной области](http://zodorov.ru/nozologiya.html). Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев. Много лет страдает хроническим холециститом. **Объективно:** температура 37,20С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в [верхней половине и в левом](http://zodorov.ru/vse-chto-vi-hoteli-uznate-o-izbitochnom-roste-volos.html) подреберье.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику постановки в/в капельной инъекции. |
|  **Профессиональный модуль 02 Лечебная деятельность****МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля** |
| ОГБПОУ «Черемховский медицинский техникум» | Рассмотрено ЦМК СДПротокол №\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. | **Экзаменационный** **билет № 30** | «Утверждаю»Зам. директора по учебной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |
| **Задача**  Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в [затылочной области](http://zodorov.ru/f-i-o-sh-a-v-vozrast.html), рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из [анамнеза выяснилось](http://zodorov.ru/anamnez-osobennosti-metodiki-sbora-anamneza-v-pediatricheskoj.html), что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в [течение нескольких лет](http://zodorov.ru/ahalaziya-pishevoda-v2.html), 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, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.**Задания****Осуществите ОК 1, ОК 3, ОК 6, ОК 12**   1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.   2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику.   4. Определите программу лечения.   5. Расскажите о профилактике данного заболевания.**Осуществите ПК 2.1.- 2.8**Продемонстрируйте технику измерения артериального давления. |

Приложение 4

**Эталоны ответов к профессионально-ориентированным задачам**

**Эталоны ответов к задаче №1**

1. ИБС: инфаркт миокарда.

2. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

3. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.

4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

**Эталоны ответов к задаче № 2**

1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.

2. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

3. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.

4. Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

**Эталоны ответов к задаче № 3**

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз 1 типа.

2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.

3. Дифференциальный диагноз - исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).

4. Лечение: терапия гипертензивного криза; терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД.

- кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ.

**Эталоны ответов к задаче № 4**

1. Предварительный диагноз: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз.

2. План дополнительного обследования: анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, исследование сыворотки крови на ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. Серологическое исследование - определение тира антител к антителам возбудителей, бронхоскопия, бронхография, исследование функции внешнего дыхания.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хронической пневмонией, туберкулезом легких, раком легких, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом, лейкозами легких.

4. Принципы лечения:

антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, противогрибковые антибиотики.

бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия.

дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополигмонин, плазма.

иммунокорригирующая терапия - дибазол, метилурацил, пентоксил, тимоген, бронхомунал.

симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды диуретики, коррекция метаболического ацидоза и др.

физиотерапевтическое лечение - имопецин, электро-УВЧ, индуктотермия, ЛФК.

**Эталоны ответов к задаче № 5**

1. Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра антител к вирусам, бактериям, микоплазмам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острой пневмонией.

4. Принципы лечения:

противовоспалительные средства - анальгин, ацетилсалициловая кислота и др.

антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламидные препараты.

противовирусные средства - сывороточный полиглобулин, противогриппозный гамма-глобулин, интерферон.

бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия.

физиотерапевтическое лечение - щелочные ингаляции, ингаляции бронхолитиков, УВЧ, индуктотерапия, ЛФК.

**Эталоны ответов к задаче №   6**

1. Предварительный диагноз: острая очаговая пневмония в нижней доле правого легкого неуточненной этиологии.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ДФА, СРБ, анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра к вирусным антигенам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острым бронхитом, крупозной пневмонией, острым плевритом, очаговым туберкулезом легких, инфаркт-пневмонией, абсцессом легкого.

4. Принципы лечения: антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, нитрофураны, метрогил; бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия; дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополиглюкин, плазма; инммунокорригирующая терапия (при затяжном течении) - глюкокортикоиды, интерферон, левамизол, нуклеинат натрия, плазма, иммуноглобулины; симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды, диуретики, при сосудистой недостаточностти - сульфокамфокаин, кордиамин, при развитии инфекционно-токсического шока - гемодез, альбумин, преднизолон, симпатомиметики, коррекция метаболического ацидоза, борьба с ДВС-синдромом;
при выходе из острой стадии заболевания - физиотерапевтическое лечение (ингаляции щелочей, бронхолитиков, электрофорез хлорида кальция, УВЧ, индуктотермия), ЛФК.

**Эталон ответов к задаче №7**

1. Острый бронхит. Обоснование: данные субъективного исследования: синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), бронхитический (сухой кашель); острое начало заболевания; связь заболевания с переохлаждением. Объективные данные: субфебрильная температура. при аускультации   дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы [с обеих сторон](http://zubstom.ru/docs/index-18042.html).

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.

4. Принципы лечения:

* Постельный режим, частое проветривание помещения.
* Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.
* При сухом мучительном кашле в [начале заболевания   противокашлевые](http://zubstom.ru/docs/index-1676.html) препараты (либексин, глаувент, стоптуссин).
* Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт).
* При бронхоспазме   бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).
* Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец).
* Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины).
* Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, бруфен).
* Отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны, согревающие компрессы, перцовый пластырь).
* При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики группы пенициллинов, цефалоспоринов, фторхинолонов, макролидов.

5. Профилактика: закаливание организма,  предупреждение острых респираторных инфекций

* своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей, эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов), санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запыленностью, задымленностью, загазованностью, ликвидация влажности), борьба [с курением и алкоголизмом.](http://zubstom.ru/docs/index-2616.html)

**Эталоны ответов к задаче №8**

1.Хронический бронхит в [стадии обострения](http://zubstom.ru/docs/index-19462.html).

Обоснование: данные субъективного исследования:

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

Объективные данные: субфебрильная температура,  при аускультации: дыхание ослабленное, [с обеих сторон выслушиваются](http://zubstom.ru/docs/index-18042.html) 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. Принципы лечения:

* Режим постельный, частое проветривание помещения.
* Диета обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.
* Антибактериальная терапия: антибиотики назначают [с учетом чувствительности микрофлоры](http://zubstom.ru/docs/index-4535.html): полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, макролиды 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.

5. 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.

**Эталоны ответов к задаче №9**

1. Бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, ст. обострения. Эмфизема легких. ДН.Обоснование: данные анамнеза:

* ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;
* связь возникновения приступов [с периодом цветения](http://zubstom.ru/docs/index-9944.html);
* связь начала заболевания с психоэмоциональным потрясением;
* наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников);
* наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты;

 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. Исследование [функции внешнего дыхания   спирография](http://zubstom.ru/docs/index-19082.html) , 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. Хроническое легочное сердце.

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный.
* Диета гипоаллергенная.
* Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: беротек, сальбутамол, теопек.
* Комбинированные препараты: беродуал.
* Теофиллины: теопек.
* Стабилизаторы мембран тучных клеток: интал, тайлед.
* Ингаляционные глюкокортикостероиды: бекотид, бекламет.
* Дыхательная гимнастика.
* Массаж.
* Психотерапия.
* Санаторно-курортное лечение.

5. Профилактика обострений:устранить действие аллергенов (по возможности). В [период цветения трав следует](http://zubstom.ru/docs/index-17836.html) 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](http://zubstom.ru/docs/index-12426.html); проведение специфической гипосенсибилизации.

**Эталоны ответов к задаче № 10**

1. Пневмония правосторонняя нижнедолевая, средней степени тяжести.

Обоснование: данные субъективного исследования: синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со “ржавой мокротой”; острое начало заболевания;

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. 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 группы пенициллинов, комбинированные препараты   амоксиклав, аугментин, цефалоспорины, фторхинолоны.
* Сосудистые средства: кофеин, кордиамин при снижении АД.
* Оксигенотерапия.
* Отхаркивающие средства: термопсис, алтей.
* Дезинтоксикационная терапия.
* Противовоспалительная терапия: нестероидные противовоспалительные препараты.
* 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.

5. Профилактика: закаливание организма; рациональная физическая культура; устранение фактора переохлаждения; соблюдение гигиены труда.

**Эталоны ответов к задаче № 11**

1. Острый гломерулонефрит.

Обоснование:1) данные субъективного исследования:  общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице; связь [с предыдущей инфекцией](http://zodorov.ru/epidemiologicheskij-nadzor-za-vich-infekciej.html) (ангина 2 недели назад);
2) объективные данные : субфебрильная температура; при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях; при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом поколачивания с обеих сторон; при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.
2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.

3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (эклампсия), переход в [хроническую форму](http://zodorov.ru/kakie-simptomi-poyavlyayutsya-u-cheloveka-kotorij-zarazilsya-z.html).

4. Принципы лечения:

* Строгий постельный режим.
* Диета № 7, ограничение жидкости и поваренной соли. В первые 2 дня   голод, ограничение жидкости до количества, равного диурезу. На 3-й день   диета № 7а (богатая калием   картофель, рисовая каша, изюм, курага), употребление жидкости в [количестве на](http://zodorov.ru/spravochnik-po-rasseyannomu-sklerozu-dlya-bolenih-i-ih-blizkih.html) 300-500 мл превышающем диурез за предыдущие сутки. Через 3-4- дня   диета № 7б, содержащая пониженное количество белка (до 60 г в сутки), рекомендуют творог, поваренную соль   3-5 г в сутки. Диету соблюдать до исчезновения внепочечных симптомов и улучшения анализов мочи.
* Антибиотики пенициллинового ряда.
* Диуретики: салуретики.
* Гипотензивные препараты: капотен
* Антикоагулянты: гепарин.
* При затянувшемся течении   глюкокортикостероиды.
* При значительном снижении диуреза   гепарин.
* Физиотерапия: диатермия на область почек.

5. Профилактика:

первичная: эффективное лечение острых инфекционных заболеваний; санация очагов хронической инфекции; устранение фактора переохлаждения; закаливание; исследование мочи после перенесенных острых респираторных заболеваний, вакцинаций;
вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый гломерулонефрит в течение 2-х лет; рациональное трудоустройство (противопоказан тяжелый физический труд, работа в холодных и сырых помещениях, в [ночную смену](http://zodorov.ru/cele-raboti.html), длительные командировки); женщинам не рекомендуется беременеть в течение 3-х лет после перенесенного заболевания; противопоказаны лекарственные препараты, обладающие нефротоксическим действием (аминогликозиды, сульфаниламиды);

**Эталоны ответов к задаче № 12**

1. Хронический гломерулонефрит в [стадии обострения](http://zodorov.ru/hhh-klinicheskij-diagnoz-a-osnovnoe-zabolevanie-revmatoidnij-a.html).

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: слабость, одышка, головная боль, тошнота, отеки на лице. перенесенный острый гломерулонефрит; сохранившиеся изменения в моче, головная боль, слабость; связь ухудшения состояния с переохлаждением;

2) объективные данные : при осмотре: бледность кожи, одутловатость лица, отеки на ногах;
при перкуссии: расширение границ сердца влево; при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия, биохимическое исследование крови, [анализ мочи по Зимницкому](http://zodorov.ru/pravila-sbora-biologicheskogo-materiala-na-issledovanie-umete.html). Радиоизотопное исследование почек.

3. Острая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность.

4. Принципы лечения:

* Режим постельный.
* Диета, ограничение поваренной соли до 6 г в сутки, а при нарастании отеков   до 4 г. Количество принимаемой жидкости соответствует суточному диурезу При появлении признаков почечной недостаточности белок ограничивают, а количество принимаемой жидкости увеличивают до 2 л в сутки.
* Глюкокортикостероиды и /или/ цитостатики для подавления иммунного воспаления (противопоказаны при почечной недостаточности).
* Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота, индометацин, бруфен.
* Антикоагулянты прямого и непрямого действия: гепарин, фенилин.
* Антиагреганты: курантил.
* Диуретики.
* Гипотензивные препараты.

5. Профилактика: первичная: закаливание,  санация очагов хронической инфекции; использование вакцин и сывороток строго по показаниям; эффективное лечение острого гломерулонефрита;

вторичная; диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гломерулонефритом; рациональное трудоустройство; соблюдение режима труда и отдыха; дневной отдых в [постели в течение](http://zodorov.ru/shkola-zdoroveya-dlya-pacientov-s-izbitochnoj-massoj-tela.html) 1-2 часов; своевременное лечение простудных заболеваний с назначением постельного режима; контрольное исследование мочи после перенесенных простудных заболеваний; занятия лечебной физкультурой.

**Эталоны ответов к задаче № 13**

1.Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.

Обоснование:1) данные субъективного исследования: приступ резкой боли в [пояснице справа и в правой половине](http://zodorov.ru/tema-prakticheskogo-zanyatiya-v4.html) живота, иррадирующей в паховую область и правое бедро, частое мочеиспускание; наличие подобного приступа в [анамнезе](http://zodorov.ru/vitamini.html), макрогематурия после купирования приступа;
2) объективные данные : при осмотре: беспокойство больного, поиск удобного положения для уменьшения боли; при пальпации: болезненность живота в правой половине, резко положительный симптом Пастернацкого справа.

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: кристаллы солей, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

3. Гидронефроз, пиелонефрит, почечная недостаточность.

4. Пациент нуждается в [оказании неотложной помощи и](http://zodorov.ru/perechene-jiznenno-neobhodimih-i-vajnejshih-lekarstvennih-prep-v2.html) госпитализации в хирургический стационар.

Неотложная помощь: сухое тепло на область поясницы, теплые ванны, анальгетики и спазмолитики.

Принципы лечения:

* Режим полупостельный.
* Диета в [зависимости от состава камней](http://zodorov.ru/prilojeniya-k-tehnologicheskoj-karte.html).
* При явлениях воспаления   антибактериальные препараты.
* Спазмолитики и анальгетики.
* Тепло на поясничную область.

5. Профилактика:

первичная: своевременное лечение воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей; устранение факторов, [способствующих застою мочи](http://zodorov.ru/obshij-klinicheskij-analiz-mochi.html); рациональное питание;

вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами с мочекаменной болезнью;  диетические рекомендации в зависимости от состава камней; обильное питье, чтобы суточный диурез составлял 2-3 л; при фосфатных камнях и щелочной реакции мочи назначают углекислые минеральные воды (Нафтуся, Арзни), кисломолочные продукты, мясо в [умеренном количестве](http://zodorov.ru/spravochnik-po-rasseyannomu-sklerozu-dlya-bolenih-i-ih-blizkih.html); при уратных камнях назначают щелочные минеральные воды (Ессентуки № 4 и № 17, Боржоми, Славяновская, Смирновская), преобладание овощей и ограничение мяса; при наличии оксалатных камней назначают слабоминерализованные воды (Ессентуки № 20, Нафтуся, Саирме); пища должна содержать повышенное количество витаминов А и Д; фитотерапия; возможно проведение литотрипсии (дробления камней); оперативное лечение.

**Эталоны ответов к задаче № 14**

1. Диффузный токсический зоб.

Обоснование:1) данные субъективного исследования: жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание; связь заболевания со стрессовой ситуацией;

2) объективные данные : субфебрильная температура; при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом “толстой шеи”; при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы; при аускультации: тахикардия.

2. Общий анализ крови: возможны анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Диета с достаточным содержанием витаминов
* Тиреостатики: мерказолил, перхлорат калия
* В-адреноблокаторы: анаприлин
* Седативные препараты: валериана, пустырник
* При неэффективности: лечение радиоактивным йодом, хирургическое лечение
* Прогноз благоприятный при своевременном лечении и отсутствии осложнений.

5. Профилактика:  психическая саморегуляция, диспансерное наблюдение, регулярный прием назначенных препаратов.

**Эталоны ответов к задаче № 15**

1. Гипотиреоз. Обоснование: 1) данные субъективного исследования:
ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры;

объективные данные : пониженная температура тела; при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка, стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при аускультации: приглушение сердечных тонов, брадикардия.

2. Общий анализ крови: анемия, биохимический анализ крови: увеличение холестерина, снижение уровня белка, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография.

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный.
* Диета [с повышенным содержанием белков и](http://zodorov.ru/razrabotka-uroka-po-discipline-biologiya.html) витаминов, ограничение углеводов и жиров.
* Тиреоидные препараты: тиреоидин, тироксин, трийодтиронин, тиреотом

5. Профилактика:

рациональное питание; закаливание; предупреждение переохлаждений; своевременное лечение воспалительных заболеваний.

**Эталоны ответов к задаче № 16**

1. Сахарный диабет. Инсулинонезависимый тип. Ожирение.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: жалобы на жажду, сухость во рту, кожный зуд, обильное выделение мочи; пожилой возраст;

2) объективные данные: сухость кожи, следы расчесов; избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность, биохимический анализ крови: гипергликемия, гиперхолестеринемия.

3. Прогрессирование диабета, трофические изменения кожи, поражение нервной системы, снижение зрения, сердечная недостаточность

4. Пациентка нуждается в [уточнении диагноза и назначении](http://zodorov.ru/principi-postroeniya-formulirovki-diagnoza.html) соответствующего лечения, которое может быть [проведено в амбулаторных условиях](http://zodorov.ru/ogli-nizkointensivnoe-lazernoe-izluchenie-v-kompleksnom-lechen.html).

Принципы лечения:

* Режим общий
* Диета. Нормализация массы тела
* Пероральные сахароснижающие препараты добавляются при неэффективности диетотерапии
* бигуаниды   силубин, силубин ретард, буформин, адебит или сульфаниламиды   букарбан, оранил, манинил, глюренорм.

5. Профилактика: первичная: рациональное питание; физическая активность; предупреждение ожирения; диспансерное наблюдение за пациентами [с нарушенным тестом толерантности к](http://zodorov.ru/diagnostika-nelicobacter-pylori-dihatelenim-neinvazivnim-testo.html) глюкозе; активное лечение атеросклероза; своевременное лечение хронического панкреатита;

вторичная: режим труда и отдыха; соблюдение диеты; своевременное и аккуратное применение лекарств.

**Эталоны ответов к задаче № 17**

1. Острый пиелонефрит.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: синдром интоксикации, ноющая боль в [пояснице справа](http://zodorov.ru/f-i-o-sh-a-v-vozrast.html), дизурические явления; связь заболевания с переохлаждением; частые циститы как предрасполагающий фактор заболевания;

2) объективные данные : при осмотре: гипертермия; при пальпации: болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки, положительный симптом поколачивания справа.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, [анализ мочи по Нечипоренко](http://zodorov.ru/pravila-sbora-biologicheskogo-materiala-na-issledovanie-umete.html): увеличение количества лейкоцитов, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек.

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

4. Принципы лечения:

* Режим постельный.
* Диета преимущественно молочно-растительная. Показано обильное питье для естественного промывания мочевыводящих путей: отвар медвежьих ушек, молоко, минеральные воды.
* Антибактериальная терапия (уроантисептики):
* антибиотики: полусинтетические пенициллины   ампициллин, фторхинолоны, цефалоспорины, нитрофураны: фурадонин, фурагин.
* производные налидиксовой кислоты: неграм, невиграмон, нитроксолин.
* Спазмолитики и анальгетики   при болях.
* Диуретики.
* Физиотерапия (диатермия на область почек).

5. Профилактика:

первичная: закаливание, устранение фактора переохлаждения, ликвидация факторов, [способствующих застою мочи](http://zodorov.ru/obshij-klinicheskij-analiz-mochi.html) (регулярное опорожнение мочевого пузыря, устранение запоров, хирургическая коррекция аномалий развития почек и мочеточников);  санация очагов хронической инфекции; тщательное соблюдение правил личной гигиены; своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей;
своевременное оперативное вмешательство с целью удаления камней;

вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый пиелонефрит; обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из [стационара в течение](http://zodorov.ru/programma-pomoshnik-vracha-stacionara-terapevticheskogo-profil.html) 5-6 месяцев (ежемесячные 10-дневные курсы антибактериальной терапии, в перерывах   фитотерапия   медвежьи ушки, брусника, земляничный лист, василек, укроп, петрушка, кукурузные рыльца и др;); устранение застоя мочи (опорожнение мочевого пузыря каждые 2 часа); санаторно-курортное лечение (Трускавец, Боржоми, Саирме, Железноводск, Ессентуки).

**Эталоны ответов к задаче № 18**

1. Хронический гастрит [с сохраненной секрецией в стадии](http://zodorov.ru/darmaeva-m-n.html) обострения.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: боль в эпигастральной области;
связь [с приемом пищи](http://zodorov.ru/zadacha-na-fap-k-feledsheru-obratilase-jenshina-25-let-jalobi.html); отрыжка кислым, изжога; нарушение режима питания;

2) объективные данные: при осмотре языка   обложенность; при пальпации живота   болезненность в эпигастральной области;

2. PH - метрия: повышенная кислотность. Эндоскопическое исследование: гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии. Рентгенологическое исследование: повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика, набухание складок слизистой оболочки.

3. Язвенная болезнь желудка.

4. Принципы лечения:Режим полупостельный Диета, механически, химически и термически щадящая, т.е. измельченная, без пряностей и острых приправ, в [теплом виде](http://zodorov.ru/das-vierzehnte-kapitelu-amalii.html). Исключается трудноперевариваемая пища,   жирное мясо, мучные продукты (сдобные пироги). Не рекомендуется черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты.  Холинолитики: гастроцепин.  Антациды: альмагель, маалокс. Аммоксициллин, кларитромицин, омепразол) Спазмолитики: но-шпа, папаверин, Н2-гистаминоблокаторы: ранитидин, фамотидин. Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол. Санаторно-курортное лечение.
5. Профилактика:

первичная: соблюдение режима питания (прием пищи 3-4 раза в день, в [определенное](http://zodorov.ru/zdorovaya-i-poleznaya-pisha-tvorcheskij-podhod-k.html) время);
исключение сухоедения; тщательное пережевывание пищи; разнообразное питание; запрещение курения, злоупотребления алкоголем; санация очагов хронической инфекции; при отсутствии зубов   протезирование; воспитание определенного ритуала приема пищи (спокойная обстановка, красивая сервировка стола, эстетичное оформление блюд);

вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами [с хроническим гастритом](http://zodorov.ru/naibolee-rasprostranennie-zabolevaniya-organov-pishevareniya-g.html); соблюдение диетических рекомендаций [с целью достижения стойкой ремиссии](http://zodorov.ru/pitanie-i-allergiya.html); осторожное применение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт (нестероидные противовоспалительные препараты).

**Эталоны ответов к задаче № 19**

1. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии обострения.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие после еды, отрыжка тухлым, похудание; длительность заболевания; связь обострения с погрешностями в диете; вредные привычки: курение, употребление алкоголя;

2) объективные данные: при осмотре: бледность кожи, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка при пальпации: болезненность в эпигастральной области.

2. Общий анализ крови: может быть анемия: снижение содержания соляной кислоты и пепсина, PH – метрия, эндоскопическое исследование желудка: бледность, атрофия слизистой оболочки, рентгенологическое исследование: истончение складок слизистой оболочки.

3. Рак желудка, железодефицитная и В12-дефицитная анемии, гиповитаминозы.

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Диета, механически и термически щадящая, т.е., измельченная и в теплом виде. Исключается трудноперевариваемая пища   жирное мясо, мучные продукты (сдобные пироги). Разрешаются пряности и приправы.
* Заместительная терапия   натуральный желудочный сок, соляная кислота с пепсином
* Фитотерапия: сок подорожника, плантаглюцид
* Ферментные препараты во время еды: фестал, панзинорм
* Санаторно-курортное лечение.

5. Профилактика:

первичная: соблюдение режима питания (прием пищи 3-4 раза в день, в определенное время);
исключение сухоедения; тщательное пережевывание пищи; разнообразное питание; запрещение курения и злоупотребления алкоголем; санация очагов хронической инфекции; при отсутствии зубов   протезирование; воспитание определенного ритуала приема пищи (спокойная обстановка, красивая сервировка стола, эстетичное оформление блюд);

вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом; соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии; осторожное применение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт.

**Эталоны ответов к задаче № 20**

1. Язвенная болезнь желудка в [стадии обострения](http://zodorov.ru/hhh-klinicheskij-diagnoz-a-osnovnoe-zabolevanie-revmatoidnij-a.html).

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: интенсивные “ранние” боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение; самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли; аппетит сохранен; сезонность обострений; связь обострений с психоэмоциональными перегрузками; вредные привычки   курение;

2) объективные данные : при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при пальпации: болезненность в [эпигастральной области](http://zodorov.ru/nozologiya.html);

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка [с применением контрастного вещества](http://zodorov.ru/ocenka-sostoyaniya-venul-po-mrt-swi-izobrajeniyam-s-primenenie.html): симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

4. Принципы лечения:

* Режим постельный
* Диета, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты) Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши. Исключаются продукты, повышающие секреторную [функцию желудка](http://zodorov.ru/referat-rak-jeludka.html) (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты)
* Седативные средства: настойка валерианы, пустырника
* Холинолитики: гастроцепин
* Н2-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин
* Антациды: альмагель
* Блокаторы протонной помпы: омепразол, лансопразол
* Спазмолитики: галидор, но-шпа
* Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол, кларитромицин и др.
* Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации)
* Санаторно-курортное лечение

5. Профилактика:

первичная: соблюдение режима питания; исключение курения и злоупотребления алкоголем;
психическая саморегуляция; правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт; диспансерное наблюдение за пациентами [с хроническим гастритом](http://zodorov.ru/naibolee-rasprostranennie-zabolevaniya-organov-pishevareniya-g.html);

вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами [с язвенной болезнью](http://zodorov.ru/funkcionalenie-osobennosti-i-effektivnoste-kislotosupressii-u.html); строгое соблюдение диетических рекомендаций; [проведение курсов противорецидивного лечения](http://zodorov.ru/elektivnij-kurs-dlya-studentov-2-3-kursov-mahachkala-2013.html) в санаториях – профилакториях.

**Эталоны ответов к задаче № 21**

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: боли в животе “поздние”, “голодные”, “ночные”, проходят после приема молока; склонность к запорам; похудание на фоне сохраненного аппетита; вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные : при осмотре: бледность кожи, обложенность языка; при пальпации: резкая болезненность живота в [проекции двенадцатиперстной кишки](http://zodorov.ru/yazvennaya-bolezne-jeludka-i-dvenadcatiperstnoj-kishki-v3.html).

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование: симптом «ниши», эндоскопическое исследование.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация.

4. Принципы лечения:

* Режим постельный
* Диета № 1, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты) Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши. Исключаются продукты, повышающие секреторную функцию желудка (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты).
* Седативные средства: настойка валерианы, пустырника
* Холинолитики: гастроцепин
* Н2-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин
* Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол
* Антациды: альмагель, маалокс
* Спазмолитики: галидор, но-шпа
* Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол
* Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации)
* Санаторно-курортное лечение.

5. Профилактика:

первичная: соблюдение режима питания; исключение курения и злоупотребления алкоголем; психическая саморегуляция; правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт ( нестероидные противовоспалительные препараты) диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью; строгое соблюдение диетических рекомендаций; проведение курсов противорецидивного лечения в санаториях – профилакториях.

**Эталоны ответов к задаче № 22**

Рак желудка. Обоснование: 1) данные субъективного исследования: чувство полноты и тяжести в животе, возникающие после еды, рвота вскоре после еды, нарастающая слабость, понижение аппетита и похудание; пожилой возраст; наличие анацидного гастрита в [течение продолжительного периода](http://zodorov.ru/obrazovatelenaya-programma-mbou-sosh-1-g-chapligina-normativno.html);

2) объективные данные : при осмотре: желтовато-серый цвет лица, недостаточное развитие подкожно-жирового слоя, обложенность языка; при пальпации: болезненность в эпигастральной области, наличие уплотнения, увеличение печени

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, возможна анемия, кал на скрытую кровь, желудочное зондирование: отсутствие соляной кислоты, рентгенологическое исследование желудка [с применением контрастного вещества](http://zodorov.ru/ocenka-sostoyaniya-venul-po-mrt-swi-izobrajeniyam-s-primenenie.html): дефект наполнения, эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией, радиоизотопное исследование печени, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, лапароскопия.

3. Желудочное кровотечение, метастазирование в [другие органы](http://zodorov.ru/poselim-boga-v-kompeyuter-internetovskuyu-sete-v2.html) (печень, легкие, кости, лимфатические узлы)

4. Пациент нуждается в обязательной консультации онколога для решения [вопроса о возможности оперативного лечения](http://zodorov.ru/metodi-operativnogo-lecheniya-dgpj-podrazdelyayutsya-na.html)

Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Питание не реже 4 раз в день небольшими порциями
* При возникновении рвоты назначают препараты, регулирующие моторику желудка и 12-перстной кишки (галидор, церукал), местные анестетики (раствор новокаина)
* При болях   анальгетики ненаркотические и наркотические
* Физраствор в/в при обезвоживании на фоне рвоты

5. Профилактика: первичная: рациональное питание; исключение курения и злоупотребления алкоголем; диспансерное наблюдение за пациентами [с хроническим гастритом с секреторной](http://zodorov.ru/naibolee-rasprostranennie-zabolevaniya-organov-pishevareniya-g.html) недостаточностью; диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью желудка; обязательное гистологическое исследование материала при язве желудка; оперативное удаление полипов желудка [с обязательным последующим](http://zodorov.ru/prilojenie-5-kdopolnitelenomu-soglasheniyu-2.html) гистологическим исследованием материала; обязательное уточнение этиологии анемии, особенно у мужчин;

вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами, оперированными по поводу рака желудка; строгое соблюдение диетических рекомендаций; исключение курения и употребления алкоголя.

**Эталоны ответов к задаче № 23**

1. Хронический энтерит в [стадии обострения](http://zodorov.ru/hhh-klinicheskij-diagnoz-a-osnovnoe-zabolevanie-revmatoidnij-a.html).

Обоснование: 1) данные анамнеза: тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 ч. после приема пищи, метеоризм, урчание в животе, понос 2-3 раза в день (стул обильный), слабость, утомляемость, похудание; непереносимость молока; обострения в связи с приемом острой пищи; длительность заболевания;

2) объективные данные: при осмотре: бледность и сухость кожи, “заеды” в [углах рта](http://zodorov.ru/zubi-stroenie-zubnaya-formula-sroki-prorezivaniya-i-smeni-zubo.html), недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при пальпации живота: умеренная болезненность в околопупочной области;

2.Общий анализ крови: возможна анемия, микроскопическое исследование кала: признаки недостаточного переваривания и ускоренной эвакуации из [тонкого кишечника](http://zodorov.ru/zabolevaniya-tonkoj-kishki-divertikuli-i-divertikuliti-flegmon.html), исследование бактериальной микрофлоры кала: уменьшение количества бифидо- и лактобактерий, увеличение количества гемолитических и лактозонегативных эшерихий, рентгенологическое исследование тонкого кишечника: нарушение моторики, изменение рельефа слизистой оболочки.

3.Дисбактериоз, значительная потеря массы тела, нарушение функции других отделов желудочно-кишечного тракта (желудка, печени, поджелудочной железы)

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Диета. Нормальное количество углеводов, жиров, увеличенное количество белков, исключают жиры животного происхождения, ограничивают продукты, богатые клетчаткой. Пища должна быть механически щадящей, питание дробное, 4-5 раз в день.
* Эубиотики: колибактерин, бифидумбактерин, бификол
* Производные 8-оксихинолина (энтеросептол, интестопан)
* Вяжущие средства (висмут, дерматол)
* Имодиум
* Ферментные препараты (панзинорм, мезимфорте, полизим)
* Витаминотерапия (В1, В6, РР, С)
* Белковые препараты, растворы электролитов, анаболические стероиды   при тяжелом течении

5. Профилактика: рациональное питание; устранение переедания и однообразного питания;  своевременное лечение заболеваний органов пищеварения.

**Эталоны ответов к задаче № 24**

1. Хронический колит в [стадии обострения](http://zodorov.ru/hhh-klinicheskij-diagnoz-a-osnovnoe-zabolevanie-revmatoidnij-a.html).

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: боли по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, признаки толстокишечной диареи, тенезмы, метеоризм; слабость, повышенная утомляемость; длительность заболевания;

2) объективные данные: при осмотре: недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка; при пальпации: болезненность по ходу толстого кишечника.

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: снижение белков, копрограмма: признаки бродильных или гнилостных процессов, исследование бактериальной микрофлоры кала: дисбактериоз, рентгенологическое исследование толстого кишечника (ирригоскопия): нарушение моторики, смазывание рисунка слизистой оболочки, эндоскопическое исследование толстого кишечника (колоноскопия): воспалительные изменения, участки атрофии.

3. Дисбактериоз, значительное снижение массы тела, присоединение поражения тонкого кишечника, гиповитаминозы.

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Диета № 4,3. Ограничение газообразующих продуктов   молоко, квас, капуста, черный хлеб, трудноперевариваемых продуктов   жареное мясо, грубая клетчатка. Рекомендуют кисломолочные продукты. Для устранения запоров рекомендуют вареную свеклу, морковь, сливы, чернослив, ржаной хлеб, свежую простоквашу.
* Эубиотики: бифидумбактерин, колибактерин, бификол
* Ферментные препараты: панзинорм, фестал
* Спазмолитики при болях (папаверин, церукал)
* Вяжущие средства (при поносах) дерматол, карбонат кальция, белая глина
* Слабительные средства (при запорах)   лист сенны, сенаде, александрийский лист, ревень, кора крушины
* Антибактериальные препараты: интестопан, фуразолидон
* Местное лечение: микроклизмы из настоя ромашки, зверобоя, коры дуба, при болях   свечи [с экстрактом красавки](http://zodorov.ru/svojstva-kosmeticheskih-kompozicij-s-ekstraktom-chagi.html)

Профилактика: своевременное лечение кишечных инфекций, рациональное питание, исключение проф.вредностей, эффективное лечение заболеваний ЖКТ.

**Эталоны ответов к задаче № 25**

1. Хронический вирусный гепатит в стадии обострения.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота; перенесенный 10 лет назад острый вирусный гепатит;

2) объективные данные : при осмотре: субфебрильная температура, склеры и мягкое небо с желтушным оттенком; при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье, увеличение печени.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: изменение содержания билирубина, белка и его фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пункционная биопсия печени.

3. Цирроз печени, печеночная недостаточность.

4. Принципы лечения:
Режим постельный

* Диета № 5, достаточное количество витаминов и белка, ограничение жиров, исключение острых и жареных блюд. Запрещается употребление алкоголя. Питание должно быть дробным, не реже 4 раз в сутки
* Витаминотерапия: группа В
* Полиненасыщенные жирные кислоты: липоевая кислота, липамид
* Эссенциале для улучшения обменных процессов в печени
* При наличии активного воспаления   преднизолон или делагил (плаквенил)
* При сопутствующем воспалении желчевыводящих путей   антибиотики широкого спектра действия

5. Профилактика:

первичная: рациональное питание [с достаточным количеством белков и](http://zodorov.ru/razrabotka-uroka-po-discipline-biologiya.html) витаминов; устранение злоупотребления алкоголем; соблюдение техники безопасности на производстве при профессиональном контакте с гепатотоксическими веществами (соли тяжелых металлов);
соблюдение личной гигиены для предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом; строгое соблюдение требований по обработке инструментов медицинского назначения; соблюдение мер личной безопасности при профессиональном контакте [с биологическими жидкостями для](http://zodorov.ru/test-na-proverku-znanij-po-teme-vichspid-viberite-i-pometete-p.html) предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом В; вакцинация против вирусного гепатита В; своевременное и эффективное лечение острых гепатитов, холецистохолангитов .

вторичная: диспансерное наблюдение за больными с хроническим гепатитом; соблюдение диетических рекомендаций, запрещение употребления алкоголя;

**Эталоны ответов к задаче № 26**

1. Цирроз печени алкогольной этиологии. Синдром желтухи. Синдром портальной гипертензии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Синдром холестаза.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: слабость, недомогание, тошнота, чувство тяжести и ноющие боли в [правом подреберье](http://zodorov.ru/situacionnie-zadachi-s-etalonami-otvetov-zadacha-1.html), усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, метеоризм, кожный зуд, носовые кровотечения ; вредные привычки   злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные: при осмотре: желтуха, следы расчесов на коже, признаки бывшего носового кровотечения, красные губы, “печеночные” ладони и язык, сосудистые “звездочки”;
признаки портальной гипертензии   симптом “головы Медузы”; отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, гинекомастия; увеличение живота; при пальпации: увеличение печени и селезенки;

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: изменение содержания билирубина, белковых фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, пункционная биопсия печени, ультразвуковое исследование печени, лапароскопия.

3. Кровотечения (пищеводные, желудочно-кишечные), печеночная недостаточность.

4. Принципы лечения:

* Режим постельный
* Диета № 5, достаточное количество витаминов, белка, углеводов, ограничение жиров. Пища преимущественно молочно-растительная. Запрещают острые, жареные и маринованные блюда. Питание должно быть дробным (4-5 раз в сутки)
* Гепатопротекторы: эссенциале
* Ненасыщенные жирные кислоты
* Витамины группы В
* При активном процессе и отсутствии признаков портальной гипертензии   глюкокортикостероиды
* Трансплантация печени

5. Профилактика: своевременное лечение вирусных гепатитов; устранение действия гепатотропных ядов; запрещение курения; рациональное питание ;

**Эталоны ответов к задаче № 27**

1. Хронический холецистит в [стадии обострения](http://zodorov.ru/hhh-klinicheskij-diagnoz-a-osnovnoe-zabolevanie-revmatoidnij-a.html).

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: тупые ноющие боли в правом подреберье; связь [с приемом обильной жирной пищи и](http://zodorov.ru/klinicheskaya-zadacha.html) жареных блюд; ощущение горечи во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул; длительность заболевания;

2) объективные данные: субфебрильная температура; при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка; при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье.

2. Общий анализ крови: небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ, дуоденальное зондирование: порция В [желчи мутная](http://zodorov.ru/fitoterapiya-pri-jelchnokamennoj-bolezni.html), увеличение количества лейкоцитов, ультразвуковое исследование желчного пузыря, рентгенологическое исследование желчного пузыря и протоков.

3. Гепатит, панкреатит, ЖКБ.

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Диета, исключение жирных, острых жареных блюд. Питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)
* Антибактериальные препараты: антибиотики широкого спектра действия или нитрофураны
* Спазмолитики: папаверин, галидор, церукал
* Физиотерапия: в [период стихания обострения](http://zodorov.ru/valentinovich-v2.html) парафиновые аппликации
* Желчегонные средства: аллохол, экстракт бессмертника

5. Профилактика:

первичная: рациональное питание; четкий режим питания, устранение длительных перерывов между приемами пищи; ограничение продуктов, богатых холестерином; запрещение злоупотребления алкоголем; регулярные занятия физическими упражнениями; ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;

вторичная: соблюдение режима питания; соблюдение диетических рекомендаций (исключение жирной, жареной, острой пищи, продуктов, богатых холестерином); исключение употребления алкоголя; занятия лечебной физкультурой; фитотерапия (применение лекарственных растений, обладающих желчегонным действием:   бессмертник, барбарис, кукурузные рыльца, шиповник); регулярное [проведение тюбажа с целью устранения застоя](http://zodorov.ru/metabolicheskij-sindrom-v2.html) желчи; физиотерапевтические процедуры (аппликации парафина, лечебных грязей); санаторно-курортное лечение (Трускавец, Моршин, Ессентуки, Арзни и др.); профилактика гельминтозов, протозойных заболеваний.

**Эталоны ответов к задаче № 28**

1. Желчнокаменная болезнь, приступ желчной колики.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: приступ боли в [правом подреберье](http://zodorov.ru/situacionnie-zadachi-s-etalonami-otvetov-zadacha-1.html), иррадирующей под правую лопатку и правое плечо; чувство тяжести в подложечной области, тошнота, рвота; связь заболевания [с приемом жирной жареной пищи](http://zodorov.ru/istoriya-bolezni-po-hirurgii.html); внезапное начало заболевания; пожилой возраст, женский пол;

2) объективные данные: субфебрильная температура; при осмотре: беспокойное поведение пациентки, поиск удобного положения для облегчения боли, признаки механической желтухи, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, метеоризм; при пальпации: резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера и Мюсси (френикус-симптом);

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, При развитии механической желтухи кал становится светлым, моча темнеет, в [крови увеличивается содержание](http://zodorov.ru/nakladka-na-plechi-s-turmalinom-i-biofotonami-naplechnik.html) билирубина, ультразвуковое исследование желчного пузыря. Рентгенологическое исследование гепатобилиарной системы.

3. Холецистит, водянка желчного пузыря, перфорация желчного пузыря, перитонит, цирроз печени.

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Диета, исключение жирных, жареных и острых блюд
* Антибиотики назначают при присоединении воспаления
* Спазмолитики: но-шпа, папаверин, галидор
* Хирургическое лечение при частых приступах печеночной колики
* Консервативное лечение: препараты хенодезоксихолевой кислоты   (хенафальк) или урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк)   прием длительный, до 2-х лет
* Литотрипсия (дробление камней)
* Фитотерапия: шиповник, бессмертник, барбарис, кукурузные рыльца
* Минеральные воды

5. Профилактика:

первичная: рациональное питание; четкий режим питания, устранение длительных перерывов между приемами пищи; ограничение продуктов, богатых холестерином; запрещение злоупотребления алкоголем; регулярные занятия физическими упражнениями; ранняя диагностика и своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;
вторичная: соблюдение режима питания, диетических рекомендаций; исключение употребления алкоголя; занятия лечебной физкультурой; регулярное [проведение тюбажа с целью устранения застоя](http://zodorov.ru/metabolicheskij-sindrom-v2.html) желчи; физиотерапевтические процедуры ; санаторно-курортное лечение (Трускавец, Ессентуки, Арзни и др.).

**Эталоны ответов к задаче № 29**

1. Хронический панкреатит в стадии обострения.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: ноющие боли в [животе опоясывающего характера](http://zodorov.ru/istoriya-bolezni-po-hirurgii.html), иррадирующие под левую лопатку; связь боли с приемом жирной пищи; снижение аппетита, тошнота, чувство тяжести после еды в эпигастральной области; длительность заболевания; сопутствующая патология желчного пузыря;

2) объективные данные : субфебрильная температура; при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, желтушный оттенок кожи; при пальпации: болезненность в [проекции поджелудочной железы](http://zodorov.ru/lechenie-raka-podjeludochnoj-jelezi.html).

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, анализ мочи: повышение амилазы, копрограмма: стеаторея, креаторея, амилорея, биохимический анализ крови: увеличение амилазы, липазы, трипсина, ультразвуковое исследование поджелудочной железы

3. Сахарный диабет

4. Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Голод на 1-2 дня, затем диета № 5. Исключают острые, жирные, жареные блюда, питание должно быть дробным (не реже 4-5 раз в день)
* Ингибиторы панкреатических ферментов   трасилол, контрикал, гордокс
* Антациды: альмагель, карбонат кальция
* Антибиотики широкого спектра действия
* Спазмолитики: папаверин, но-шпа, платифиллин
* Ферментные препараты: фестал, дигестал, панзиформ
* Витамины: С, В2, А, Е

5. Профилактика:

первичная: рациональное питание; соблюдение режима питания; исключение злоупотребления алкоголем, своевременное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта;

вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами [с хроническим панкреатитом](http://zodorov.ru/diagnostika-i-terapiya-vneshnesekretornoj-nedostatochnosti-pod.html); исключение острых, жирных и жареных продуктов; исключение употребления алкоголя; на фоне высокобелковой диеты назначают анаболические стероидные препараты: ретаболил или метандростенолон.

**Эталоны ответов к задаче № 30**

1. Гипертоническая болезнь, вторая стадия. III степень, Риск III степени.

Обоснование: 1) данные субъективного исследования: 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.

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. Принципы лечения:

* Режим полупостельный
* Диета № 10, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки
* Комбинированная терапия
* 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](http://zodorov.ru/i-psihologicheskie-aspekti-gipertonicheskoj-bolezni-ponyatie-i.html); поддерживание уровня АД на нормальных (близких к таковым) значениях [с помощью применения гипотензивных](http://zodorov.ru/1-oharakterizujte-principi-primeneniya-biotehnologii-v-medicin.html) препаратов (монотерапия или комбинированное лечение).

Приложение 5

**Оценочные листы**

**Задание: Техника выполнения внутривенной инъекции**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве и его согласии на инъекцию. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Вымыть руки, надеть перчатки. |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-44 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)45-50 балла – 80% 3 (удовлетворительно)51-57 балла -90% 4 (хорошо)58-63 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Набрать в шприц лекарственное средство. |  |  |  |  |
| 4. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на спине или сидя). |  |  |  |  |
| 5. Под локоть пациента подложить клеёнчатую подушечку (для максимального разгибания конечности в локтевом суставе). |  |  |  |  |
| 6. Наложить резиновый жгут (на рубашку или салфетку ) в средней трети плеча, при этом пульс на лучевой артерии не должен изменяться. Завязать жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля в низ.  |  |  |  |  |
| 7. Обработать ватными шариками ладонную и тыльную сторону перчаток |  |  |  |  |
| 8. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кисть, одновременно обрабатывая область локтевого сгиба ватным шариком (салфеткой) с кожным антисептиком, движениями от периферии к центру, определяя наполнение вены (следует найти наиболее наполненную вену). |  |  |  |  |
| 9. Взять шприц: указательным пальцем фиксировать канюлю иглы, остальными - охватить цилиндр сверху.  |  |  |  |  |
| 10. Проверить отсутствие воздуха в шприце (если в шприце много пузырьков, встряхнуть его, и мелкие пузырьки сольются в один большой, который легко вытеснить через иглу в лоток, но не в воздух) |  |  |  |  |
| 11. Натянуть левой рукой кожу в области локтевого сгиба, несколько смещая ее в периферии, чтобы фиксировать вену. |  |  |  |  |
| 12. Не меняя положения шприца в руке, держать иглу срезом вверх (почти параллельно коже), проколоть кожу, осторожно ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене. |  |  |  |  |
| 13. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену, пока не ощутить «попадание в пустоту». |  |  |  |  |
| 14. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя - в шприце должна появиться кровь. |  |  |  |  |
| 15. Развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов, попросить пациента разжать кисть. |  |  |  |  |
| 16. Не меняя положения шприца, левой рукой нажмите на поршень и медленно введите лекарственный раствор, оставив в шприце 1-2 мл.  |  |  |  |  |
| 17. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с кожным антисептиком, извлечь иглу; попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом). |  |  |  |  |
| 18. Положить шприц в лоток . |  |  |  |  |
| 19.Взять у пациента (через 5-7 мин) ватный шарик, которым он прижимал место инъекции: не оставляйте ватный шарик, загрязненный кровью, у пациента. Положить шарик в лоток (пакет из- под одноразового шприца).  |  |  |  |  |
| 20. Снять перчатки (положить их в лоток, если процедура выполнялась в палате). |  |
|  21.Вымыть руки, сделать запись в листе назначении  |  |
|  **ИТОГО:** |  |  |

**Задание: Техника выполнения внутривенно-капельного вливания**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве и его согласии на инъекцию. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Вымыть руки, надеть перчатки. |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-42 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)43-49 балла – 80% 3 (удовлетворительно)50-56 балла -90% 4 (хорошо)57-63 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Собрать систему, отсоединить иглу |  |  |  |  |
| 4. Помочь пациенту занять удобное положение |  |  |  |  |
| 5. Под локоть пациента подложить клеёнчатую подушечку (для максимального разгибания конечности в локтевом суставе). |  |  |  |  |
| 6. Наложить резиновый жгут (на рубашку или салфетку) в средней трети плеча, при этом пульс на лучевой артерии не должен изменяться. Завязать жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля в низ.  |  |  |  |  |
| 7. Обработать ватными шариками ладонную и тыльную сторону перчаток |  |  |  |  |
| 8. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кисть, одновременно обрабатывая область локтевого сгиба ватным шариком (салфеткой) с кожным антисептиком, движениями от периферии к центру, определяя наполнение вены (следует найти наиболее наполненную вену). |  |  |  |  |
| 9.Снять колпачок с иглы и пунктировать вену как обычно (кисть пациента при этом сжата в кулак). |  |  |  |  |
| 10. Когда из канюли покажется кровь, снять жгут. |  |  |  |  |
| 11. Открыть зажим, присоединить систему к канюле иглы. |  |  |  |  |
| 12. Отрегулировать зажимом скорость поступления капель. |  |  |  |  |
| 13. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть ее стерильной салфеткой. |  |  |  |  |
| 14. Снять перчатки, вымыть руки. |  |  |  |  |
| 15. Наблюдать за состоянием пациента на протяжении всей процедуры |  |  |  |  |
| 16. **Окончание процедуры:** надеть перчатки, закрыть зажим |  |  |  |  |
| 17. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с кожным антисептиком, извлечь иглу; попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом). |  |  |  |  |
| 18. Систему разобрать, поместить в дезраствор. |  |  |  |  |
| 19.Взять у пациента (через 5-7 мин) ватный шарик, которым он прижимал место инъекции: не оставляйте ватный шарик, загрязненный кровью, у пациента. Положить шарик в лоток (пакет из- под одноразового шприца).  |  |  |  |  |
| 20. Снять перчатки  |  |
|  21.Вымыть руки, сделать запись в листе назначении  |  |
|  **ИТОГО:** |  |  |

**Задание: Техника внутримышечной инъекции**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1.Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве и его согласие на инъекцию.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Спросить пациента, нужно ли его отгородить ширмой (если в палате он не один).  |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-39 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)40-46 балла – 80% 3 (удовлетворительно)47-53 балла -90% 4 (хорошо)54-60 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Вымыть руки, надеть перчатки |  |  |  |  |
| 4. Набрать в шприц лекарственно средство. |  |  |  |  |
| 5. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку). |  |  |  |  |
| 6. Определить место инъекции.  |  |  |  |  |
| 7. Обработать кожу стерильным шариком, смоченным антисептиком - в одном направлении 10\*10 см и другим шариком 5\*5 см, третий шарик зажать под левым мизинцем. |  |  |  |  |
| 8.Шарики положить в контейнер отходы класса Б |  |  |  |  |
| 9. Растянуть кожу в месте введения и фиксировать мышцу первым и вторым пальцами левой руки.  |  |  |  |  |
| 10. Ввести иглу в мышцу под углом 90 на глубину 4-8 см, оставив 2-3 мм иглы под кожей. |  |  |  |  |
| 11. Пальцами левой руки оттянуть поршень назад, проверить, не попала ли игла в кровеносный сосуд, при наличии крови в шприце, иглу поменять. |  |  |  |  |
| 12. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство. |  |  |  |  |
| 13. Прижать около места вкола шариком, смоченным антисептиком, быстрым движением извлечь иглу.  |  |  |  |  |
| 14 . Сделать массаж места инъекции, не отнимая шарика от кожи. |  |  |  |  |
| 15. Использованный шарик поместить в ёмкость отходы класса Б, заполнить шприц через иглу дезинфицирующим раствором, иглу снять в иглоприёмник. |  |  |  |  |
| 16. Шприц обработать согласно Инструкции, поместить в отходы класса Б |  |  |  |  |
| 17. Перчатки снять в контейнер для обработки. |  |  |  |  |
| 18. Руки вымыть, обработать антисептиком. |  |  |  |  |
| 19. Помочь пациенту занять удобное для него положение. Убрать ширму. |  |  |  |  |
| 20. В листе назначения сделать отметку о выполнении. |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** |  |  |

**Задание: Техника выполнения подкожной инъекции**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве и его согласие на инъекцию. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Вымыть руки. Надеть перчатки. |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-21 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)22-25 баллов – 80% 3 (удовлетворительно)26-29баллов -90% 4 (хорошо)30-36 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Набрать в шприц нужную дозу лекарственного средства. |  |  |  |  |
| 4. Помочь пациенту занять нужное положение. |  |  |  |  |
| 5. Обработать место инъекции последовательно двумя ватными тампонами (салфетками), смоченными кожным антисептиком: вначале большую зону, затем — непосредственноместо инъекции. |  |  |  |  |
| 6. Левой рукой взять кожу в месте инъекции в складку. |  |  |  |  |
| 7. Правой рукой ввести иглу под углом 45 ° в основание кожной складки на глубину 15 мм (2/3 длины иглы); указательным пальцем придерживайте канюлю иглы. |  |  |  |  |
| 8. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство. Нельзя перекладывать шприц из рук в руки. |  |  |  |  |
| 9. Извлечь иглу, продолжая придерживать ее за канюлю; место укола прижать стерильной ватой, смоченной кожным антисептиком. |  |  |  |  |
| 10.Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты (салфетки) от кожи. |  |  |  |  |
| 11. Снять перчатки, вымыть руки. |  |  |  |  |
| 12. Сделать отметку в листе назначений о выполненной процедуре |  |  |
| **ИТОГО** |  |  |

**Задание: Техника измерения температуры тела**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1. Объяснить пациенту, что ему предстоит термометрия, получить его согласие. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Вымыть руки, извлечь термометр из футляра (емкости), убедиться в отсутствии повреждений термометра. |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-21 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)22-26 балла – 80% 3 (удовлетворительно)27-31 балла -90% 4 (хорошо)32-36 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Убедиться, что показания на шкале не превышают 35 0 С. |  |  |  |  |
| 4. Убедиться, что кожа пациента в подмышечной впадине сухая. Если нужно, вытереть ее чистой марлевой салфеткой. |  |  |  |  |
| 5. Поместить термометр так, чтобы резервуар со ртутью находился в центре подмышечной впадины пациента (полностью соприкасался с кожей). |  |  |  |  |
| 6. Попросить пациента прижать руку к грудной клетке. |  |  |  |  |
| 7.Удалить термометр из подмышечной впадины через 10 минут и определить его показания. |  |  |  |  |
| 8. Сообщить пациенту результат термометрии. |  |  |  |  |
| 9. Сделать запись в температурном листе. |  |  |  |  |
| 10. Погрузить термометр в емкость с дезраствором. |  |  |  |  |
| 11. Вымыть руки |  |  |  |  |
| 12. Промыть термометр под проточной водой, вытереть насухо, убрать в емкость для хранения. |  |  |  |  |
| **ИТОГО** |  |  |

**Задание: Исследование пульса, графическая запись.**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1.Объяснить пациенту суть и ход исследования. Получить его согласие на процедуру. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Вымыть руки. |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-27 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)28-31 балла – 80% 3 (удовлетворительно)32-35 балла -90% 4 (хорошо)36-39 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Прижать 2,3,4-м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию (1 палец находиться со стороны тыла кисти) |  |  |  |  |
| 4. Определять ритм пульса в течении 30 с. |  |  |  |  |
| 5. Взять часы или секундомер и исследовать частоту пульсации артерии в течение 30 с: если пульс ритмичный, умножить на два, если пульс неритмичный - считать частоту в течении 1 мин. |  |  |  |  |
| 6.Сообщить пациенту результат.  |  |  |  |  |
| 7.Записать результат ритма и частоты пульса. |  |  |  |  |
| 8. Прижать артерию сильнее, чем прежде к лучевой кости и определить напряжение пульса (если пульсация исчезает при умеренном нажатии — напряжение хорошее; если пульсация не ослабевает — пульс напряженный; если пульсация полностью прекратилась — напряжение слабое). |  |  |  |  |
| 9. Сообщить пациенту результат исследования. |  |  |  |  |
| 10. Записать результат. |  |  |  |  |
| 11. Помочь пациенту занять удобное положение или встать |  |  |  |  |
| 12. Вымыть руки. |  |  |  |  |
| 13. Отметить результаты исследования в температурном листе (или в протоколе к плану по уходу) |  |  |  |  |
|  **ИТОГО:** |  |  |

**Задание: Определение частоты дыхательных движений**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1. Предупредить пациента, что будет проведено исследование пульса (не следует информировать пациента, что будет исследоваться частота дыхания). |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Вымыть руки. |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-15 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)16-17 балла – 80% 3 (удовлетворительно)18-19 балла -90% 4 (хорошо)20-21 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Попросить пациента удобнее сесть (лечь), чтобы видеть верхнюю часть его грудной клетки и (или) живота. |  |  |  |  |
| 4. Взять пациента за руку так, как для исследования пульса, но наблюдать за экскурсией его грудной клетки и считать дыхательные движения в течение 30 с, затем умножить результат на 2. |  |  |  |  |
| 5. Если не удается наблюдать экскурсию грудной клетки, то положить руки (свою и пациента) на грудную клетку (у женщин) или эпигастральную область (у мужчин), имитируя исследование пульса (продолжая держать руку за запястье). |  |  |  |  |
| 6. Записать результаты в принятую документацию. |  |  |  |  |
| 7. Вымыть руки. |  |  |  |  |
|  **ИТОГО:** |  |  |

**Задание: Техника измерения АД**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
| . | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1.Предупредить пациента о предстоящем исследовании за 15 мин. до его начала. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие на проведение. |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-36 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)37-41 балла – 80% 3 (удовлетворительно)42-46 балла -90% 4 (хорошо)47-51 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Выбрать правильный размер манжеты, вымыть руки. |  |  |  |  |
| 4. Попросить пациента лечь (если предыдущие измерения проводились в положении «лежа») или сесть к столу. |  |  |  |  |
| 5. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх (если пациент сидит, попросить подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки). |  |  |  |  |
| 6. Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты); закрепить манжету так, чтобы проходил только один палец. Центр манжеты находится над плечевой артерией. (Желательно, чтобы пациент спокойно посидел с наложенной манжетой в течение 5 мин.). |  |  |  |  |
| 7. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы. |  |  |  |  |
| 8. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану фонендоскопа.  |  |  |  |  |
| 9. Другой рукой закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, этой же рукой быстро нагнетать в манжету воздух до тех пор, пока давление в ней не превысит 30 мм рт. ст. – уровень, при котором исчезают тоны Короткова (или пульсация лучевой артерии). |  |  |  |  |
| 10. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт. ст. в 1 с, повернув вентиль влево. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра: при появлении первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале и запомнить цифру, соответствующую систолическому давлению. |  |  |  |  |
| 11. Продолжая выпускать воздух из манжеты, отметить величину диагностического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. |  |  |  |  |
| 12. Сообщить пациенту результат измерения. |  |  |  |  |
| 13. Повторить процедуру через 2-3 минуты. |  |  |  |  |
| 14. Данные измерения округлить до 0 или 5, записать в виде дроби (в числителе – систолическое давление; в знаменателе – диастолическое). |  |  |  |  |
| 15.Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом. |  |  |  |  |
| 16. Записать данные исследования в необходимую документацию. |  |  |  |  |  |
| 17. Вымыть руки.  |  |  |
| **ИТОГО:** |  |  |

**Задание: Техника применения карманного ингалятора**

**Дата проведения Время проведения ФИО студента Специальность курс группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЭТАПЫ** | **критерий** | **ОК** |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | Понимание поставленной цели | Организация рабочего места | Умение работать в группе (общение с коллегами, пациентами) |
| 1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, ходе процедуры и согласие. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Прочитать название лекарственного средства. |  |  |  |  | **ОК**0 - баллов - 2 (неудовлетворительно)1 – 70% балл 3 (удовлетворительно)2 – 80% балла - 4 (хорошо)3 - 100% 5 (отлично)**ПК**0 - этап не выполнен, либо выполнен не верно1 - этап выполнен, но с грубыми нарушениями 2 – этап выполнен, но с небольшими нарушениями 3 – этап выполнен полностью, без каких - либо нарушений0-38 балла- 70% 2 (неудовлетворительно)39-43 балла – 80% 3 (удовлетворительно)44-50 балла -90% 4 (хорошо)51-54 баллов 100% 5 (отлично)Эксперт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подписьОзнакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О., подпись представителя ОУ |
| 3. Вымыть руки. |  |  |  |  |
| 4. Дать пациенту и взять себе по пустому баллончику. |  |  |  |  |
| 5. Предложить пациенту на время обучения сесть (если его состояние позволяет, лучше выполнять процедуру стоя*,* так как дыхательная экскурсия легких при этом эффективнее, но можно проводить ингаляцию сидя). |  |  |  |  |
| 6. Продемонстрировать пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного средства |  |  |  |  |
| 7. Снять с ингалятора защитный колпачок |  |  |  |  |
| 8. Перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его |  |  |  |  |
| 9. Сделать глубокий выдох; |  |  |  |  |
| 10. Взять в рот мундштук ингалятора, плотно обхватив его губами; голову при этом слегка запрокинуть назад |  |  |  |  |
| 11. Сделать глубокий вдох через рот и одновременно нажать на дно баллончика. |  |  |  |  |
| 12. Извлечь мундштук ингалятора изо рта, задержать дыхание на 5-10 с (акцентировать на этом внимание пациента!) |  |  |  |  |
| 13. Сделать спокойный выдох |  |  |  |  |
| 14. Предложить пациенту самостоятельно выполнить процедуру вначале с пустым, затем с действующим ингалятором в вашем присутствии. |  |  |  |  |
| 15. Информировать пациента: после каждой ингаляции мундштук промыть водой с мылом и вытереть насухо. |  |  |  |  |
| 16. Закрыть защитным колпачком ингалятор после промывания и убрать его. |  |  |  |  |
|  17. Вымыть руки  |  |  |  |  |
| 18. Сделать запись о результатах обучения, выполненной процедуре и реакции на нее пациента в «Медицинской карте». |  |  |  |  |
|  **ИТОГО:** |  |  |  |  |  |