

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К РАЗДЕЛУ «ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ»

Задача № 1

Рядовой М., 19 лет, доставлен с поля боя в ВПМГ в бессознательном состоянии. При эвакуации отмечалась многократная рвота. Диагноз: ЗЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.

При поступлении во время санации ротовой полости и верхних дыхательных путей получено содержимое с частицами пищи.

На 2-е сут у пострадавшего повысилась температура тела до 39,7 С, появилась одышка, а также кашель с гнойной мокротой.

Состояние средней тяжести. Гиперемия лица. Пульс 120 ударов/мин, ритмичный слабого наполнения. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца равномерно приглушены. АД 105/60 мм рт. ст. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии в подлопаточной области справа и слева определяется притупление перкуторного звука. В проекции нижней доли правого и левого легкого на фоне жесткого дыхания выслушиваются звучные мелко- и среднепузырчатые хрипы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите объем диагностических мероприятий.
4. Определите объем лечебных мероприятий.
5. Профилактика развившегося осложнения.

Эталон ответа к задаче.

Диагноз: аспирационная пневмония нижней доли правого и левого легкого, тяжелого течения. ДН I степени.

Диагноз установлен на основании жалоб (одышка, кашель с гнойной мокротой), анамнеза (ЧМТ, ушиб головного мозга средней степени тяжести, рвота в бессознательном состоянии, аспирация желудочного содержимого в дыхательные пути в бессознательном состоянии при эвакуации в госпиталь), данных объективного обследования (внезапное повышение температуры тела до 39,7 С, притупление перкуторного звука, наличие звучных мелко- и среднепузырчатых хрипов в подлопаточной области справа и слева на фоне жесткого дыхания).

3. Клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, билирубин, общий белок, прокальцитонин, СРБ, фибриноген), культуральное исследование мокроты, Рентгенография органов грудной клетки.

Объем помощи 1) выбор антибиотика осуществляется с учетом чувствительности к нему бактериальной флоры, клинического эффекта через 2-3 дня лечения; применяют комбинацию двух-трех антибиотиков: цефалоспоринов I поколения — цефотаксим по 1-2 г 3 раза в сутки; фторхинолонов — ципрофлоксацин по 0,25-0,5 г 2 раза. В связи аспирационным характером пневмонии показано применение препаратов, воздействующих на анаэробную флору, метронидазол 0,5 г 8 раза в сутки; мышечным введением препаратов при аспирационной пневмонии в сутки; наряду внутривенным используется трахеобронхиальное введение;

2) бронхолитики — аминофиллин 10 мл 2,4% раствора внутривенно; ингаляционно раствор ипратропия бромид + фенотерола (с помощью небулайзера);

3) средства, улучшающие микроциркуляцию (гепарин, пентоксифиллин);

4) общеукрепляющие средства (витаминотерапия, поляризующая смесь для внутривенного введения);

5) отхаркивающие и муколитические средства (таблетки от кашля, (термопсис + натрия гидрокарбонат) — по 1 таблетке 3 раза в день, ацетилцистеин по 200 мг 3 раза в сутки); ингаляционно раствор амброксола (с помощью небулайзера);

6) физиотерапия (массаж грудной клетки, постуральный дренаж).

Своевременный вынос с поля боя, предупреждение охлаждения, согревания при транспортировке, предупреждение и лечение шока, обеспечение проходимости дыхательных путей, введение воздуховода или выполнение интубации трахеи. поворачивание раненного на бок, вибрационный массаж грудной клетки, раннее назначение антибактериальных препаратов.

Задача № 2

Рядовой Б., 22 года, в течение 3 сут. находится на лечении в ВПХГ по поводу огнестрельного проникающего ранения живота.

На 2-е сут. от момента поступления стал предъявлять жалобы на ноющие боли в поясничной области слева, боли и жжение при мочеиспускании.

Состояние средней тяжести. Температура тела 38,2 С. Гиперемия лица. Пульс 92 удара/мин, ритмичный, слабого наполнения. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца равномерно приглушены. АД 115/70 мм рт. ст. Частота дыхания 17 минуту. При перкуссии легких определяется легочной звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот вздут, болезненный в области раны. Поколачивание по поясничной области болезненно слева.

1. Сформулируйте диагноз развившегося осложнения.
2. Обоснуйте диагноз развившегося осложнения.
3. Определите объем диагностических мероприятий.
4. Определите план лечения.

Прогноз заболевания.

Эталон ответа к задаче:

Диагноз осложнения: острый левосторонний пиелонефрит.

Диагноз установлен на основании жалоб (ноющие боли в поясничной области слева, боли и жжение при мочеиспускании), анамнеза (огнестрельное проникающее ранение живота, появление жалоб на 2-е сут после ранения), объективного обследования (повышение температуры тела до 38,2, поколачивание по поясничной области болезненно слева).

3. Клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, билирубин, общий белок, прокальцитонин, СРБ, фибриноген), культурологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, УЗИ почек и мочевыводящих путей.

Объем помощи 1) назначаются диета с ограничением соли, обильное питье; 2) антибактериальная терапия: ампициллин 3-4 г в сутки внутрь, нитрофурантоин по 0,1 г 8-4 раза в день внутрь, ко-тримоксазол по 1 г 2 раза в день внутрь.

Прогноз для жизни при остром пиелонефрите, как правило, благоприятный. Возможно выздоровление с дефектом (развитие вторичного нефросклероза). У 20% пациентов с особенно тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также при развитии токсического шока возможен летальный исход.

Задача № 3

Рядовой Ш., 20 лет, в течение 3 нед. находится на лечении в ВПХГ по поводу огнестрельного осколочного ранения правого бедра с оскольчатый переломом правой бедренной кости.

Два дня назад утром появились отеки на лице, верхних и нижних конечностях, моча приобрела красноватый цвет, уменьшилось ее количество.

При осмотре предъявляет жалобы на общую слабость, жажду, тошноту, головную боль, ноющие боли в поясничной области с обеих сторон, отечность лица, век, верхних и нижних конечностей.

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,3 С. Кожные покровы бледные, сухие. Отмечаются отеки лица, век, нижних и верхних конечностей. Пульс 54 удара в минуту, ритмичный, напряжен. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца звучные. Акцент I тона над аортой. АД 165/105 мм рт. ст. Частота дыхания 16 в минуту. При перкуссии над легкими легочной звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Поколачивание по поясничной области болезненно с обеих сторон.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз развившегося осложнения.

2. Обоснуйте диагноз развившегося осложнения.

Определите объем диагностических мероприятий.

4. Сформулируйте немедикаментозные методы лечения.

5. Определите план лечения развившегося осложнения.

Эталон ответа к задаче.

Диагноз осложнения: острый диффузный гломерулонефрит, развернутая форма.

Диагноз установлен на основании жалоб (общая слабость, жажда, тошнота, головная боль, ноющие боли в поясничной области с обеих сторон, отечность лица, век, верхних и нижних конечностей, моча красноватого цвета, снижение количества выделяемой мочи за сутки), объективного обследования (повышение температуры тела, наличие отеков лица, век, верхних и нижних конечностей, брадикардия, повышение АД, акцент I тона над аортой, увеличение размеров печени, болезненность при поколачивании по поясничной области), данных лабораторно-инструментальных исследований (гематурия, появление моче гиалиновых, зернистых, эритроцитарных цилиндров, эпителия мочевыводящих путей, увеличение размеров почек по данным УЗИ).

3. Для подтверждения данного заболевания необходимо выполнение:

Клинического анализа крови (анемия, лейкоцитоз), клинического анализа мочи (гематурия измененными эритроцитами, протеинурия, цилиндрурия зернистыми, эритроцитарными цилиндрами), анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому, биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, общий белок, белковые фракции, ОХС, билирубин, СРБ, фибриноген; калий, натрий, кальций, фосфор крови, коагулограмма, расчет СКФ по формуле СКD-EPI, АСЛ-О, стрептокиназа, проба Реберга, УЗИ почек (увеличение размера почек, отек паренхимы почек).

4. Немедикаментозные методы лечения включают в себя:

постельный режим

диета с ограничением поваренной соли (главным образом, натрия) и жидкости (объем получаемой жидкости рассчитывают с учётом диуреза за предыдущий день + 300 мл) при достаточном калораже и содержании

витаминов. При наличии отеков, особенно в период их нарастания, содержание поваренной соли в пище ограничивается до 0,2-0,3 г в сутки, содержание белка в суточном рационе ограничивается до 0,5-0,6 г/кг массы тела в основном за счет белков животного, происхождения.

План лечения:

) антибактериальная терапия: бензилпенициллин по 500000 ЕД каждые 4 ч внутримышечно в течение 10-14 дней; вместо пенициллина можно применять цефалоспорины I поколения (цефотаксим по 1 г х 2 раза в день в/м, цефазолин 0,5 мг 3 раза в сутки в/м (дозу корректируют в зависимости от СКФ);

3) гепарин 10-40000 ЕД в сутки внутривенно, внутримышечно или подкожно; курс лечения обычно составляет 6-8 нед;

) антиагреганты: дипиридамол 225-400 мг в сутки внутрь, пентоксифиллин

5) глюкокортикостероиды: преднизолон 70-120 мг в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 1,5-2 мес с последующим постепенным уменьшением дозы; при высокой активности острого гломерулонефрита проводится пульс-терапия метилпреднизолоном;

б) симптоматическая терапия включает в себя применение: при стойком гипертензивном синдроме — гипотензивных средств (препарат выбора — нифедипин по 0,01-0,02 г внутрь 2-3 раза в день); при сохраняющихся отеках — мочегонных препаратов (фуросемид 40-80 мг в день); для лечения гематурического синдрома — аминокaproновая кислота внутривенно 150 мл 5% раствора 1-2 раза в день в течение 3-5 дней или внутрь по 3 г каждые 6 ч в течение 5-7 дней, по 2 мл 12,5% раствора этамзилата 2 раза в день внутри- мышечно в течение 5-7 дней, аскорбиновая кислота, ругозид, аскорутин.

Задача № 4.

Капитан М., 35 лет, обратился за медицинской помощью после двукратной рвоты кровью около 1 ч назад. Накануне принял около 15 таблеток аспирина (0,5 г в таблетке) по поводу головной боли, возникшей после бессонной ночи в наряде. Кроме того, за истекшие сутки пациент принял 150 мл водки. Головная боль купирована. Пациент курит 1 пачку сигарет в день в течение 18 лет. Алкоголем не злоупотребляет. При осмотре гемодинамика стабильная (АД 130/70 мм рт. ст., пульс 80 в мин., ортостатическая проба отрицательная).

Из особенностей объективного статуса отмечена болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии при отсутствии мышечной защиты и перитонеальных симптомов.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите патогенез данного заболевания.
4. Определите объем диагностических мероприятий.
5. Определите план лечения.

Эталон ответ к задаче:

Диагноз: острый эрозивный гастрит, обусловленный приемом нестероидных противовоспалительных средств (аспирина). Острое желудочное кровотечение легкой степени.

2. Диагноз установлен на основании жалоб (рвоты кровью), анамнеза заболевания (употребления большой дозы аспирина, алкоголя), данных объективного осмотра (болезненность при глубокой пальпации эпигастральной области при отсутствии мышечной защиты, перитонеальных симптомов, стабильная гемодинамика). Диагноз отравление аспирином не выносится, так как нет характерной клиники отравления (шум ушах, повышение температуры тела и др.) и не было превышения максимальной суточной дозы препарата.

Данное заболевание характеризуется развитием тяжелых эрозивных поражений слизистой после воздействия различных агрессивных химических агентов или значительного снижения кровотока слизистой. Аспирин снижает продукцию защитных простагландинов (E) в слизистой желудка. В дополнение к этому аспирин и алкоголь оказывают прямое повреждение слизистой желудка (как протективные барьеры (снижение секреции слизи, бикарбоната, нарушение целостности эпителия в данном случае). Острое повреждение слизистой снижает нормальные), позволяя кислоте, протеазам и желчным пенетрировать эпителиальный покров слизистой оболочки, кислотам вызывая, таким образом, повреждение сосудов и кровотечение.

Диагностические мероприятия:

Общий анализ крови и мочи.

Биохимический скрининг (калий, кальций, натрий, АЛТ, АСТ ГГТ, билирубин и его фракции, уровень альбумина, коагулограмма креатинин и мочевины).

-ЭКГ, ФГДС.

Лечение

Диета 1, палатный режим.

- Отмена провоцирующего агента аспирина.
- Блокаторы протонной помпы: омепразол 20 мг 2 раза в день внутрь.
- Гастропротектор: сукральфат 1000 мг внутрь за 30-60 мин до приема пищи и перед сном.

Прогноз благоприятный. Лечение на этапе квалифицированной помощи.

Задача № 5.

Капитан Е., 30 лет, доставлена 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 второй день.

Объективно: температура 39,4 С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания.

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

Частота дыхательных движений 28 в 1 мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При пальпации голосовое дрожание усилено справа. При перкуссии над нижней долей справа определяется притупление звука. При аускультации над нижней долей справа дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация

Абдоминальной патологии не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
- . Определите объем диагностических мероприятий.
4. Определите план лечения.
5. определите прогноз заболевания.

Эталон ответа к задаче:

Диагноз: внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония тяжелого течения. ДН II степени.

Диагноз установлен на основании жалоб (одышка, кашель с ржавой мокротой), анамнеза (предшествующее переохлаждение, острое начало), данных объективного обследования (внезапное повышение температуры тела до 39,4 С, правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, наличие крепитации справа на фоне ослабленного дыхания), лабораторного исследования (лейкопения до $3,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение 44 мм/ч, п/я сдвиг до 8%).

3. Клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический общетерапевтический анализ крови, определение газов артериальной крови, коагулограмма, микроскопия и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, рентгенография ОГК в передней прямой и боковой проекциях, при необходимости – КТ органов грудной клетки.

Объем помощи

1) помещение больной в ОРИТ (в связи с тяжелым течением пневмонии);

2) выбор антибиотика осуществляется с учетом чувствительности к нему бактериальной флоры, клинического эффекта через 2-3 дня лечения. Применяют парентеральные (в/в) формы цефалоспорины поколения + макролид или «респираторные» фторхинолоны в/в + цефалоспорины III поколения в/в. Проведение патогенетической терапии.

3) 10 мл 2,4% раствора аминофиллина внутривенно;

4) средства, улучшающие микроциркуляцию (гепарин натрия, НФГ);

5) общеукрепляющие средства (витамины);

) отхаркивающие и разжижающие мокроту средства (муколитики ацетилцистеин по 600 мг 1 раз в сутки, бромгексин по 8 мл 3 раза в сутки);

7) небулайзерная терапия;

8) физиотерапия после нормализации температуры (массаж грудной клетки, постуральный дренаж);

9) контроль витальных функций.

Прогноз серьезный, зависит от адекватности антибактериальной терапии, своевременности проведения диагностических мероприятий и исходного состояния здоровья пациента.

Задача №6.

Сержант контрактной службы В., 23 года, обратился к фельдшеру медпункта с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5 °С, сильный сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,2 С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Общий анализ крови: эритроциты $5,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 154 г/л, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы 2%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 20%, моноциты 8%, СОЭ 20 мм/ч.

На рентгенограмме усиление легочного рисунка, без свежих инфильтративных и очаговых изменений.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
- . Определите объем диагностических мероприятий.
4. Определите план лечения.
5. Определите прогноз заболевания.

Эталон ответа к задаче.

Диагноз. ОРВИ по типу бронхита. ДН 0 степени

. Диагноз установлен на основании жалоб (сухой кашель), анамнеза (связь заболевания с переохлаждением, острое начало заболевания), данных объективного обследования (повышение температуры тела до субфебрильных цифр, дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон).

3. Клинический анализ крови, клинический анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носа – и ротоглотки на вирус гриппа, парагриппа, риновирусы, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус, коронавирусы 229Е, OC43, NL63, HCoV (Human Coronavirus), бокавирус (Human Bocavirus), молекулярно–генетическое исследование методом (ПЦР) на возбудителя COVID-19 или экспресс-тест на COVID-19.

Лечебные мероприятия: 1) показано помещение больного в инфекционное отделение госпиталя; 2) выбор противовирусного препарата основывается на эпидемиологической ситуации в регионе. При верификации вируса гриппа назначают осельтамивир 75 мг 2 раза в сутки, в случае иной этиологии рибавирин 250 мг 3 раза в сутки. При присоединении вторичной инфекции и появлении гнойной мокроты антибиотики широкого спектра группы потенцированных пенициллинов: амоксициллин + клавулановая кислота). Проведение патогенетической терапии.

3) при бронхообструктивном синдроме 10 мл 2,4% раствора аминофиллина внутривенно;

4) общеукрепляющие средства (витамины);

5) отхаркивающие и разжижающие мокроту средства (муколитики ацетилцистеин по 600 мг 1 раз в сутки, бромгексин по 8 мл 3 раза

6) физиотерапия после нормализации температуры (массаж грудной клетки, постуральный дренаж).

Прогноз благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Задача № 7

Подполковник М., 42 года, обратился в медицинскую роту с жалобами на интенсивную сдавливающую головную боль в лобных и височных областях, мелькание мушек перед глазами, тошноту, выраженную общую слабость и головокружение.

Со слов пациента известно, что в течение 5 лет болен гипертонической болезнью II стадии, по поводу чего принимает метопролол 50 мг в сутки и гипотиазид 12,5 мг в сутки с удовлетворительным эффектом. Адаптирован к АД 135-145/85-90 мм рт. ст.

В течение последних двух недель препараты не принимал, находился в штабе части, ведущей тяжелые бои. Испытывал существенный стресс. Спал по 3-4 ч в сутки. Указанные симптомы появились около 2ч назад. Самостоятельно принял моксонидин (физиотенз) 200 мг без существенного эффекта. Была однократная рвота, не принесшая заметного облегчения. Доставлен в медицинскую роту с сопровождающим.

Общее состояние средней степени тяжести. Заторможен. Лицо гиперемировано. Остальные кожные покровы обычной окраски. Пульс 108 ударов в 1 мин, ритмичен. АД 185/110 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево до левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные I тон на верхушке ослаблен. Акцент II тона над аортой. Аускультативно дыхание везикулярное. Органы брюшной полости без патологии.

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Обоснуйте диагноз.

Определите объем диагностических мероприятий.

4. Сформулируйте немедикаментозные методы лечения.
5. Определите медикаментозные методы лечения.

Эталон ответа к задаче:

Диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, кризовое течение. Неосложненный гипертонический криз.

Диагноз основан на жалобах больного (выраженная головная боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, тошнота), данных анамнеза (наличие гипертонической болезни, провоцирующих факторов в виде стресса и недосыпания), объективного статуса (заторможенность, гиперемия лица, значимо повышенное АД, тахикардия)

3. Клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации, глюкоза, калий, натрий, мочевая кислота, липидограмма; определение протеинурии тест-полоской или количественное определение альбуминурии; ЭКГ, определение ЛПНП, ЭХОКГ, УЗДГ брахиоцефальных артерий, фундоскопия.

4. Ограничение потребления натрия до 5 г/сут, увеличение физической активности не менее 4 раз в неделю продолжительностью 30–45 минут, снижение избыточной массы тела, отказ от курения, ограничение потребления алкоголя 30 мл/сут в пересчете на абсолютный этанол, достаточная длительность сна длительностью не менее 7 часов,

Лечение:

- 1) постельный режим;
- 2) каптоприл 25 мг перорально. При отсутствии эффекта фуросемид 20-40 мг внутривенно. Снижать АД не более чем на 15-20% в течение ближайших 4 ч (не более чем до 145-150/75-85ммрт.ст.)
- 3) подбор гипотензивной терапии. Основные препараты, используемые при гипертонической болезни: иАПФ или БРА, диуретики, блокаторы кальциевых каналов, β -адреноблокаторы.

Задача № 8

Полковник Ч., 53 года, доставлен в медицинскую роту с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной, общую слабость.

Указанные явления возникли около 80 мин назад. Самостоятельно принял две таблетки нитроглицерина без значимого эффекта. Доставлен санинструкторами на носилках. Со слов больного известно, что три года назад в стационаре установлен диагноз ишемическая болезнь сердца, стенокардии напряжения I ФК. Рекомендованную терапию не принимал. Эпизодически при болях в сердце принимал нитропрепараты. В течение последней недели осуществлял командование частью при выводе ее из окружения противником.

Общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Возбужден. Кожные покровы бледные. Пульс 124 удара в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. I тон на верхушке ослаблен. Аускультативно дыхание везикулярное. Органы брюшной полости в пределах нормы.

На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 116 ударов в 1 мин. Признаки повреждения миокарда переднеперегородочной области.

Сформулируйте диагноз заболевания.

2. Обоснуйте диагноз заболевания.

Определите объем лечебно-диагностических мероприятий.

Назовите возможные осложнения данного заболевания.

5. Определите эвакуационное предназначение пораженного.

Эталон ответа к задаче:

Диагноз: ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST.

Диагноз основан на жалобах больного (выраженные давящие боли за грудиной, общая слабость), данных анамнеза (наличие ИБС, провоцирующих факторов в виде стресса, низкой приверженности к рекомендованной терапии), объективного статуса (бледность, ослабление I тона), повреждения миокарда по данным ЭКГ

3. Лечение: 1) ацетилсалициловая кислота 300 мг внутрь; 2) клопидогрел 300 мг внутрь; 3) аторвастатин 80 мг внутрь; 4) метопролол 50 мг внутрь; 5) декстрозо-инсулин-калиевая смесь внутривенно 200-400 мл; 6) Гепарин подкожно 5000 ЕД.

Острая сердечная недостаточность, включая отек легких и кардиогенный шок, механические осложнения (разрыв свободной стенки левого желудочка, разрыв межжелудочковой перегородки, разрыв сосочковых мышц, тампонада сердца), острая аневризма сердца, нарушения ритма сердца и проводимости, внекоронарные тромбоэмболические осложнения.

Эвакуация в госпиталь санитарным транспортом в I очередь лежа.

Задача № 9

Прапорщик Н, 37 лет, обратился в медпункт части с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие натощак, уменьшающиеся после приема пищи, отмечал однократно рвоту съеденной которая принесла облегчение. Впервые подобные явления появились 2,5 года назад, отмечает обострение заболевания. В весенне-осенний период, за медицинской помощью не обращался. Нерегулярно принимал альмагель с положительным эффектом. В остальном анамнез без особенностей.

Объективно: больной правильного телосложения, нормального питания, язык обложен серым налетом, разлитая боль в эпигастральной области, напряжения брюшной стенки нет, перитонеальных симптомов нет.

Общий анализ крови и мочи, биохимический скрининг без патологии. По данным проведенной ФЭГДС: небольшая язва на малой кривизне желудка. Слизистая вокруг язвы отечна, гиперемирована. Уреазный тест резко положителен.

1. Сформулируйте диагноз.
 2. Обоснуйте диагноз.
 3. Определите объем диагностических мероприятий.
 4. Определите немедикаментозные методы лечения.
- . Какова рекомендованная медикаментозная терапия?

Эталон ответа к задаче:

1. Диагноз: язвенная болезнь желудка в фазе обострения, часто рецидивирующее течение

Обоснование: диагноз установлен на основании жалоб на тошкочные боли в эпигастрии, проходящие после еды, рвоту съеденной пищей, приносящую облегчение, длительный анамнез, сезонные обострения заболевания и положительный эффект от приема антацидных препаратов, а также выявленных проявлений раздражения брюшины при объективном статусе диффузных болей в эпигастрии.

Общий анализ крови, общий мочи, развернутый общетерапевтический анализ крови, ФЭГДС, выявление *H. pylori*: C-уреазный дыхательный тест или быстрый уреазный тест, или определение антигена *H. pylori* в фекалиях или патологоанатомическое (гистологическое) исследование биоптатов слизистой оболочки желудка.

Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, способные повышать секрецию пищеварительных ферментов и соляной кислоты и/или раздражающие слизистую оболочку: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и копченую, соленую, маринованную пищу, продукты содержащие экстрактивные вещества (перец, горчица, приправы, специи, лук, чеснок).

Предпочтение необходимо отдавать продуктам, мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты. Разрешаются макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы, овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста), каши, кисели из сладких ягод, муссы, желе, сырые тертые и печеные яблоки, некрепкий чай. Предпочтительным способом приготовления пищи является варка, тушение, приготовление на пару.

- Отказ от вредных привычек.

омепразол 20 мг 2 раза в день в течение 6 нед; эрадикационная терапия: кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день 14 дней или висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней или ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки). Проведение контрольной ФЭГДС и контроля эрадикации *H. Pylori* после завершения лечения.

Задача № 10

Рядовой У., 20 лет, доставлен в приемное отделение госпиталя в бессознательном состоянии. Со слов сопровождающих, при выполнении упражнений на полосе препятствий оступился, упал с высоты, ударившись головой. При транспортировке отмечалась многократная рвота. Диагноз: ЗЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.

При поступлении во время санации ротовой полости и верхних дыхательных путей получено содержимое с частицами пищи.

На 2-е сут у пострадавшего повысилась температура тела до 39,8 С, появилась одышка, а также кашель с гнойной мокротой.

Состояние средней тяжести. Гиперемия лица. Пульс 120 в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца равномерно приглушены. АД 100/60 мм рт. ст. Частота дыхания 24 в 1 мин. При перкуссии в подлопаточной области справа определяется притупление перкуторного звука. В проекции нижней доли правого легкого на фоне жесткого дыхания выслушиваются звучные мелко- и среднепузырчатые хрипы.

1. Сформулируйте диагноз развившегося осложнения.

Обоснуйте диагноз развившегося осложнения.

Определите объем диагностических мероприятий.

Определите план лечения.

5. Профилактика развившегося осложнения.

Эталон ответа к задаче:

Диагноз: аспирационная пневмония нижней доли правого легкого ДН I степени.

Диагноз установлен на основании жалоб (одышка, кашель с гнойной мокротой), анамнеза (ЗЧМТ, ушиб головного мозга средней степени тяжести, рвота в бессознательном состоянии, аспирация желудочного содержимого в дыхательные пути в бессознательном состоянии при эвакуации в госпиталь), данных объективного обследования (внезапное повышение температуры тела до 39,7 С, притупление перкуторного звука, наличие звучных мелко- и среднепузырчатых хрипов в подлопаточной области справа на фоне жесткого дыхания).

3. Клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, билирубин, общий белок, прокальцитонин, СРБ, фибриноген), культуральное исследование мокроты, Рентгенография органов грудной клетки.

Объем помощи: 1) выбор антибиотика осуществляется с учетом чувствительности к нему бактериальной флоры, клинического эффекта через 2-3 дня лечения; применяют комбинацию двух-трех антибиотиков: цефалоспоринов I поколения — цефотаксим по 1-2 г 3 раза в сутки; фторхинолонов – ципрофлоксацин по 0,25-0,5 г 2 раза. В связи аспирационным характером пневмонии показано применение препаратов, воздействующих на анаэробную флору, метронидазол 0,5 г 8 раза в сутки; мышечным введением препаратов при аспирационной пневмонии в сутки; наряду внутривенным используется трахеобронхиальное введение;

2) бронхолитики – аминофиллин 10 мл 2,4% раствора внутривенно; ингаляционно раствор ипратропия бромид + фенотерола (с помощью небулайзера);

3) средства, улучшающие микроциркуляцию (гепарин, пентоксифиллин);

4) общеукрепляющие средства (витаминотерапия, поляризующая смесь для внутривенного введения);

5) отхаркивающие и муколитические средства (таблетки от кашля, (термопсис + натрия гидрокарбонат) — по 1 таблетке 3 раза в день, ацетилцистеин по 200 мг 3 раза в сутки); ингаляционно раствор амброксола (с помощью небулайзера);

6) физиотерапия (массаж грудной клетки, постуральный дренаж).

5. Своевременный вынос с поля боя, предупреждение охлаждения, согревания при транспортировке, предупреждение и лечение шока, обеспечение проходимости дыхательных путей, введение воздуховода или выполнение интубации трахеи. поворачивание раненного на бок, вибрационный массаж грудной клетки, раннее назначение антибактериальных препаратов.