|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Повод к вызову | Жалобы. Объективное исследование. Диагноз. | Лечение Госпитализация. |
| дежурство | 10 февраля 24 часа |  |
| Исаков Альберт Тихонович,58 лет-плохо с сердцемстроитель | Больной жалуется на боли в области сердца, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, иррадиирующие в спину, левую лопатку, плечо. Боль возникла сегодня утром, внезапно, при вставании с кровати. Вчера вечером подвергся длительному переохлаждению на фоне физической нагрузки. Общее состояние удовлетворительное Сознание ясное. Т-36.7 Кожа бледная, сухая, слизистые обычного, розового цвета. Грудная клетка симметрична, левая половина отстает при дыхании. В легких дыхание везикулярное, жесткое. Ч Д 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД-140\80 мм рт ст.(нормальное 130-140\80-90). При перкуссии границы сердца в пределах нормы. Пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, размеры печени по Курлову 10-9-7см. селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления не нарушены. Область почек не изменена, поколачивание по поясничной области безболезненно. Диурез в норме. Рефлексы сохранены, одинаковые с обеих сторон. Патологические рефлексы не определяются, менингиальных симптомов нет.Местный статус. Пальпация по ходу 3-4-го ребра резко болезненна, выраженная болезненность при пальпации паравертебральных точек на уровне С5-С10. Осевая нагрузка на позвоночник болезненна в грудном отделе.С целью исключения острой коронарной патологии была снята ЭКГ. На ЭКГ: ритм синусовый. Правильное положение электрической оси сердца. ЧСС 88 ударов в минуту. Данных за острую коронарную патологию нет.Диагноз. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Торакоалгия.  | Sol. Analgini 4.0-50% +Sol. Dimedroli 1.0-1% -в\мДаны рекомендации по дальнейшему лечению. |
| Семенов Иван Петрович 59.-трудно дышать разнорабочий | Больного беспокоит приступ удушья на протяжении 2-х часов, сопровождающийся сильным, непродуктивным кашлем, затрудненным выдохом. Из анамнеза (по данным амбулаторной карты) известно, что больной с 1975 года страдает аллергической бронхиальной астмой, гормоннезависимой. Пользуется сальбутамолом для купирования приступов. Приступы возникают 2-3 раза в месяц и обычно хорошо купируются ингаляторами. Данный приступ возник около 2-ух часов назад, не купируется ингаляцией сальбутамола.Объективно. Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожа бледная, цианотичная, сухая. Т-36.6 Положение вынужденное, больной упирается руками в кровать, на которой сидит. Грудная клетка эмфизематозна, при дыхании участие вспомогательной мускулатуры в акте выдоха .При пальпации грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено по всем легочным полям. При топографической перкуссии легких увеличение границ легких на одно межреберье. При исследовании экскурсии легких определяется снижение экскурсии до 3 см. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется коробочный звук. ЧД 26 в минуту, экспираторная одышка. В легких сухие, свистящие хрипы, определяемые даже на расстоянии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 150/90 мм рт ст. Пульс 90 в минуту, хорошего наполнения, напряжения. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены. Область мочевого пузыря и почек не изменена, поколачивание по поясничной области безболезненно. Рефлексы сохранены, живые, одинаковые с обеих сторон. Менингиальных знаков нет. Диагноз. Бронхиальная астма, аллергическая, гормоннезависимая, затянувшийся приступ.  | Sol. Euphillini 2.4%-10.0Sol. NaCl 0.9%-10.0-в/в После инъекции состояние больного улучшилось, пропала экспираторная одышка, появился продуктивный кашель с отделением незначительного количества вязкой мокроты. В легких дыхание жесткое, количество сухих хрипов значительно уменьшилось. ЧД 18 в минуту. |
| Марченко Валерия Николаекна 67 лет-высокое А Дпенсионерка | Жалобы на головную боль, особенно в затылочной области, пульсирующую, тошноту, двукратную рвоту съеденной пищей, головокружение, шум в ушах. Данное состояние около 2-ух часов. Приняла одну таблетку адельфана, спустя час одну таблетку эналаприла без эффекта. По данным амбулаторной карты страдает симптоматической артериальной гипертензией второй стадии, отмечает подъём артериального давления до 240/120мм рт ст. Нормальным считает давление 160/90 мм рт ст. Регулярно таблетки не принимает. У участкового врача не наблюдается. Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, кожные покровы гиперемированы, видимые слизистые обычного цвета. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Больная избыточного питания. Грудная клетка симметрична, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Ч Д 16 в минуту. При топографической перкуссии легких границы в пределах нормы. При сравнительной перкуссии по всем легочнам полям ясный легочный звук. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона над аортой. Патологических шумов не выслушивается. При топографической перкуссии сердца определяется расширение границ сердца влево на 2 см. АД 220/ 110 мм рт ст. Пульс 68 в минуту, напряжен. Дефицита пульса нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не пальпируется из-за выраженного подкожно жирового слоя. Селезенка не пальпируется. Стул нормальный. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Цвет мочи не изменен. Неврологический статус: Реакция зрачков на свет прямая и содружественная D=S. Рефлексы сохранены, живые, одинаковые с обеих сторон. Патологических рефлексов нет. Менингиальные знаки не определяются. Сила мышечных групп одинаковая справа и слева.На ЭКГ: Ритм синусовый, отклонение ЭОС влево. ЧСС 68 ударов в минуту. Признаки гипертрофии левых отделов сердца( отклонениеЭОС влево; R1>10mm;R V5-V6 > 16 mm;TV1>TV6; смещение переходной зоны в V4-V5 ) Данных за острую коронарную патологию нет.Диагноз: Гипертоническая болезнь 2-ой стадии. Гипертонический криз. | Sol. Clophelini 0.01%-1 ml + Sol. Natrii Chloridi 0.9%-10 ml в/в медленно, под контролем АД.Sol. Furosemidi 1%-2ml в/м.Спустя 10 минут АД 180/90 мм рт ст. Состояние больной значительно улучшилось. Больной назначен строгий постельный режим в течении ближайших 2-ух часов во избежании ортостатического коллапса. От предложенной госпитализации больная отказалась. |
| Сергеев Андрей Петрович 39 летБанкир-болит живот | Жалобы на режущие, колющие боли в эпигастральной области, тошноту, многократную рвоту, отрыжку кислым, слабость, головокружение. Боли появились около 3-ёх часов назад. Тошнота, отрыжка кислым беспокоит уже около недели. Из анамнеза (по данным амбулаторной карты) известно, что больной страдает язвенной болезнью тела желудка с доброкачественным течением с 1995 года. Операций не было. Больной отмечает, что уже около недели изменился характар стула- стул стал дёгтеобразный.Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Больной пониженного питания. Положение в постели у больного вынужденное – больной лежит на боку, с приведенными к животу коленками. Кожные покровы бледные, влажные, видимые сизистые бледно-розового цвета. Грудная клетка правильной формы, симметрична, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД 18 в минуту. При топографической перкуссии легких границы легких в пределах нормы. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 110/80 мм рт ст. ( нормальным считает давление 130-140/80 мм рт ст.) Пульс слабого наполнения, напряжения Частота 90 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушены. Верхушечный толчок в 5-ом межреберье, нормальной площади, высоты, силы. Язык обложен белым налетом. Живот правильной округлой формы, пупок втянут.при пальпации живота определяется мышечная защита в эпигастральной области.Пальпация живота в этой области резко болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положителен. Стул черный. Печень по краю реберной дуги, край печени гладкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см.Поколачивание по поясничной области безболезненно. Цвет мочи не изменен. Дизурических расстройств нет.Рефлексы сохранены, живые, одинаковые с обеих сторон. Патологических рефлексов нет, менингиальные знаки не определяются.С целью исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда была снята ЭКГ:Ритм синусовый, правильное положение ЭОС. Данных за острую коронарную патологию нет.Диагноз: Язвенная болезнь желудка, с локализацией язвы в фундальном отделе, обострение.Осложнение: Желудочное кровотечение. Перфорация стенки желудка.  | Больной на носилках госпитализирован в хирургическое отделение дежурной больницы. |
| Толстова Марина Николаевна 27 летПроводник-температура | Жалобы на слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,9 С, кашель с отделением незначительного количества мокроты. Данное состояние длится около 5-ти дней. Принимала парацетамол, анальгин с незначительным и кратковременным эффектом. С сегодняшнего дня появились боли в грудной клетке в нижних отделах справа.Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение в постели активное. Больная пониженного питания. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Периферические л/у не пальпируются. Конфигурация суставов не изменена.Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, симметрична. Правая половина отстает в акте дыхания.ЧД 18 в минуту. При пальпации грудная клетка эластична, пальпация грудной клетки болезненна справа. Голосовое дрожание усилено в правых отделах, на уровне 8-12 ребра, по линиям средней, задней подмышечной, лопаточной. При сравнительной перкуссии легких ясный легочный звук, в нижних отделах справа притупление перкуторного звука. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. Экскурсия легочного края снижена до 4 см справа. При аускультации в нижних отделах справа выслушиваются влажные среднепузырчатые хрипы. Бронхофония в этих отделах усилена.АД 120/80 мм рт ст. Пульс 84 удара в минуту удовлетворительных свойств.Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы абсолютной и относительной сердечной тупости в пределах нормы.Живот правильной, округлой формы, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Область почек не изменена, поколачивание по поясничной области безболезненно. Рефлексы, сохранены, живые, одинаковые с обеих сторон, патологических рефлексов нет, менингиальные знаки не определяются. Диагноз: Острая очаговая пневмония в нижних отделах справа?   | Больная госпитализирована в терапевтическое отделение по месту жительства. |

 Дежурство 15 февраля 18 часов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Абрамов Юрий Васильевич 60 летРабочий –боли в животе  | Жалобы на резкие боли в животе режущего характера, интенсивные, распространенные по всему животу, особенно интенсивные в надчревной и околопупочной областях, головокружение, слабость, адинамию.Резкие боли в животе появились около 6 часов назад, больной принял 2 таб. Пенталгина-Н, боли не уменьшились. Со слов больного умеренные боли отмечает уже около недели, по вечерам была тошнота, около 2 дней назад однократная рвота( цвет рвотных масс со слов больного обычный).Указаний на язвенную болезнь в амбулаторной карте нет, раннее подобных жалоб не предявлял. Травм не было. Аппендэктомия в 99 г. без осложнений.Объективно состояние средней степени тяжести, адекватен, ориентирован. В постели лежит стараясь не двигаться. Кожные покровы бледные, влажные, видимые слизистые бледно-розовые. Переферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет.Грудная клетка симметрична, при пальпации безболезненна, голосовое дрожание одинаково во всех отделах. Границы легких в норме, при перкуссии отмечается легочный звук. Аускультативно- во всех отделах определяется норм. везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту.Тоны сердца ослаблены, ритмичные, ЧСС 94 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Границы сердца в норме.Язык влажный, не обложен. Живот правильной формы, не участвует в акте дыхания. Поверхностная пальпация живота резко болезненна, определяется мышечная ригидность в надчревной области, симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. При ректальном исследовании стул черный-дегтеобразный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненно, дизурических расстройств не отмечается.Рефлексы живые, патологических рефлексов не отмечается.D.S.: Язвенная болезнь желудка. Желудочное кровотечение. Спонтанная перфорация стенки желудка. | Sol. Glucosae 5%-400 ml.+ 4 ml кордиамина = в/в капельноБольной госпитализирован на носилках в хирургическое отделение г/б №4 |
| Ребров Виктор Васильевич78 лет, пенсионер | Жалобы на головокружение, тошноту, неоднократную рвоту не приносящую облегчения, головную боль умеренной интенсивности, локализующуюся в лобной части головы, онемение и затруднение движения в правой руке и ноге.Заболел остро, около 4 часов назад после большой физической нагрузки( переносил мебель) , появились данные жалобы, рвота и онемение конечностей за прошедшие 4 часа усилились. Медицинских препаратов не принимал. Похожей симптоматики ранее больной не отмечал. В анамнезе ИБС в течении 15 лет, обширный трансмуральный инфаркт миокарда 3 года назад, по данным амбулаторной карты НК 2 степени последние 2 года.Обьективно: Состояние средней степени тяжести, адекватен. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Грудная клетка симметрична, при пальпации безболезненна, голосовое дрожание одинаково во всех отделах, Границы легких в норме, при перкуссии отмечается нормальный легочный звук. Аускультативно- во всех отделах определяется нормальное везикулярное дыхание. ЧД 20 в минуту.Тоны сердца ослаблены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 110/60 мм.рт.ст. Границы сердца в норме.Живот мягкий, симметричный, безболезненный, поверхностная и глубокая пальпация без патологии. Печень по краю реберной дуги, селезенка, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательныйОтмечается нарушение кожной чувстительности на всех учасках кожи правых конечностей. Рефлексы живые.Отмечается умеренная мыжечная ригидность затылочных мыжц, симптом Бабинского – положительный. Зрачки одинаковой формы, реакция на свет- прямая, сотружественная.D.S. : ОНМК в бассейне правой мозговой артерии. Переф. гемипарез правых конечностейИБС, постинфарктный кардиосклероз, НК 2 ст. |  |
| Старов Василий Михайлович21 год, студент- избили | Жалобы на боли в области лица, головокружение, тошнотуИз анамнеза известно, что больной был избит около 2 часа назад, удары в основном пришлись на мягкие ткани лица и волосистую часть головы, во время драки терял сознание, хронологию событий вспоминает с трудом.Обьективно: Состояние средней степени тяжести, адекватен, контакт с больным умеренно нарушен, больной заторможен. Кожные покровы бледной окраски, сухие. Лимфатические узлы не пальпируются, отмечается умеренный отек мягких тканей лица.Грудная клетка без ушибов, границы легких в норме, при перкуссии определяется нормальный легочный звук. Аускультативно во всех точках аускультации определяется нормальное везикулярное дыхание, хрипов нет.Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., границы сердца в норме.Язык влажный, не обложен. Живот без ушибов и ссадин, симметричный, мягкий, безблезненный при пальпации, печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10\*8\*7, селезенка не пальпируется, перкуссия живота без патологии во всех отделах определяется кишечный тимпанит, при аускультации определяются обычные кишечные шумы. Симптом Пастернацкого отрицательный, почки не пальпируются.Патологических рефлексов не отмечается, изменения кожной чувствительности нет, нормальные рефлексы живые. Зрачки нормальной формы реакция на свет прямая, сотружественная, нистагма не отмечается.D.S. |  |
| Садкова Елена Сергеевна79 лет, пенсионерка | Контакт с больной затруднен, со слов родственников вызвала СМП для транспорта больной в нейро-хирургическое отделение 4 городской больницы по направлению учаскового врача.An. Morbi: С 6/03 около 10 часов больная была обнаружена родственниками без сознания на полу с разбитой головой. Был вызван участковый терапевт.St. presents: Общее состояние тяжелое, больная в сопоре, конституция гиперстеническая, повышенного питания. Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Над легкими дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 20 в минуту, ритмичное, тоны сердца приглушены. ЧСС 84 в минуту, пульс удовлетворительного наполнения, напряжения. АД 130/80 мм. Рт. Ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.Зрачки S<Д, реакция на свет справа снижена. Рефлексы справа отсутствуют, слева в норме. Положительные менингеальные симптомы ( ригидность затылочных мыжц, Кернига и Брудзинского). Гемиплегия справа. В области затылка рана 1,0\*0,3 см., заполнена засохшей кровью, не кровоточит.D.S. : Острое нарушение мозгового кровообращения в левой гемисфере?Внутричерепная гематома? Ушибленная рана в затылочной области.Сопутствующие: ИБС, мерцательная аритмия, нормосистолическая форма. | 1.)Вызвана неврологическая бригада2.)Рана на голове обработана раствором перекиси водорода, произведена перевязка головы3.) Произведена иньекция Sol. Pyracetami 20%-5,0В/м4.)Госпитализация в НХО 4 гор. Больницы.  |

 Дежурство 19 февраля часов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Петров Иван Геннадьевич,52 года, ТЭЗ резчик по металлу. | Жалобы на постоянного характера, периодически усиливающиеся боли в области эпигастрия с иррадиацией в левое подреберье.Опоясывающего характера болей не отмечается.An. Morbi: Ухудшение самочувствия с ночи, связывает с тем, что вчера употреблял алкоголь. Отмечал рвоту трижды с примесью крови, стула не было не менее 2 дней.С 1996 года язвенная болезнь желудка, последее обострение май 1999 года.В 1998 году оперирован в ОМСЧ 1 ( забрюшинный абсцесс, тонкокишечный свищ)Обьективно: Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы легких в норме. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 52 в минуту, пульс нормального наполнения и напряжения. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен светлым налетом.Живот при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области, больше слева. Ректальных данных за кишечное кровотечение нет. Печень по краю реберной дуги. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Мочеиспускание в норме, задержка стула 2 дня.D.S.: Язвенная болезнь желудка, обострение.Осложнение: Желудочное кровотечение?  | 1.) Госпитализирован в хирергическое отделение городской больницы 6 |
| Соколова Анна Борисовна 73 года , Инвалид 2 группы | Жалобы на ощущение сердцебиения, беспокоящие с вечера предыдущего дня, принимала корвалол, около 4 часов назад приняла 2 таблетки новокаинамида.An morbid: Пароксизмальная мерцательная аритмия с 1980 года, гипертония с 1990 года (АД до 160/90)Обьективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту, отмечается незначительная одышка при физической работе. При перкуссии- нормальный легочный звук, границы в норме. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 120-130 в минуту, отмечается дифицит пульса. Пульс 90-95 в минуту, аритмичный, пульсовые волны различной амплитуды. АД 130/80 мм.рт.ст.Язык влажный не обложен. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, селезенка, почки не пальпируются.Снята ЭКГ, на ЭКГ волны f, зубцы p отсутсвуют, расстояние R-R разные, частота сокращения желудочков 126 в минуту. Данный за острую коронарную патологию нет.D.S.: ИБС пароксизм мерцательной аритмии, тахисистолическая форма | Оказанная помощь:1. Sol. Novocainamidi 10%-5,0 + Sol. Natrii isotonici 10,0 – Внутривенно
2. После проведенного лечения через 15 минут на ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 64 в минуту

 Жалоб нет. |
| Можилова Анна Васильевна 81 год инвалид 2 группы | Жалобы на головокружение, многократную рвоту сьеденной пищей.Из анамнеза страдает гипертонической болезнью 25 лет( в последние годы, АД часто поднималось до 220/110). Постоянно принимает трирезид. Настоящее ухудшение продолжается около 3 часов, принимала трирезид, без эффекта. Аллергия на клофеллин, дибазол, адельфан.Обьективно: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отмечается пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы легких в норме, над легкими определяется нормальный легочный звук. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, аритмичные, по типу экстрасистолии, акцент 2 тона над аортой. ЧСС равна пульсу 76 в минуту. Пульс повышенного наполнения и напряжения, аритмичен. Относительная тупость сердца смещена влево на 2 см. АД 240/110 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, размер по Курлову 9\*8\*7 см. Рефлексы сохранены.D.S. : Гипертоническая болезнь 2 стадия. Тяжелая гипертензия, медленное прогрессирующее течение.Осложнения: Гипертонический криз 2 типа. Недостаток кровообращения 1 степени. | Оказанная помощь:1.)Sol. Furosemidi 1%-2 ml.+ Sol. Natrii chloridi 0,9%-5,0 внутривенно #2.)Sol. Magnesii sulfatis 25%-10,0 #3.)Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2 ml. Внутримышечно4.)Через 20 мин. АД 140/80. Жалоб нет, рекомендовано вызвать участкового врача для корректировки лечения |

 Дежурство 24 февраля, 18 часов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Крутова Зинаида Ивановна 75 лет, пенсионерка. | Жалобы на интенсивную приступообразную боль в правом подреберье с иррадиацией в позвоночник, правую лопатку. Рвота, не приносящая облегчения, горечь во рту, сухость.An. Morbi: Данные симптомы появились со вчерашнего дня после погрешности в диете( ела жареную рыбу в больших количествах ). Моча потемнела, стул был утром и ночью, второй раз светлый. Подобных приступов раньше не было.An. Vitae: Страдает ИБС, часто боли за грудиной, одышка инспираторного характера при подьеме на 1 этаж, проходит после приема нитросорбида под язык. Гипертония 25 лет, АД до 200 мм.рт.ст.Обьективно: Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Повышенного питания, кожные покровы желтушные, сухие. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте, ЧСС 80 в минуту, АД 170/100 мм.рт.ст., пульс удовлетворительного наполнения и напряжения.Живот умеренно напряжен, болезнен при пальпации в области правого подреберья. Печень по краю реберной дуги, размер по Курлову 9\*8\*7 см. Симптомы Мерфи, Кера, Ортнера положительны.Снята ЭКГ: Ритм синусовый 80 в минуту, смещение электрической оси сердца влево, отрицательный зубец Т в V1-V5.D.S.: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холециститСопут. : Гипертоническая болезнь 2 ст., мягкая гипертензия, медленно прогрессируюшее течение. ИБС, стенокардия напряжения 3 функциональный класс. | Оказанная помощь:1. Sol. Dibazoli 1%-3.0+ Sol. Papaverini hydrochloridi 2%-2 ml.

ВнутримыжечноЧерез 15 минут АД 140/80 м.рт.ст.2.) Госпитализирована в хирургическое отделение 6 городской больницы. |
| Яковлева Клавдия Арсеньевна, 80 лет, инвалид 2 группы. | Жалобы на одышку экспираторного характера, громкие продолжительные свистящие хрипы, слышные на расстоянии, сухой постоянный кашель.Ухудшение самочувствия отмечает в последние несколько часов, связывает их появление с перенесенным ранее ОРВИ.An. Vitae: ИБС, стенокардия напряжения 3 функциональный класс, инфаркт миокарда в 97 году. Иногда отмечает отеки голеней и стопОбьективно: Общее состояние тяжелое, сознание ясное. Нормального питания. Лицо цианотично, кожные покровы бледные, влажные. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, шейные вены набухшие , грудная клетка в положении максимального вдоха. Межреберные промежутки расширены. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, нижние граница легких опущены, подвижность легочных краев ограничена( 2-3 см.), по всем полям легким слышны сухие свистящие хрипы. ЧД 24 в минуту, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС 96 в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения, аритмичен по типу экстрасистолии, равен ЧСС. Край печени мягко-эластичный, гладкий, размер печени по Курлову 9\*8\*7 см. Живот мягкий, безболезненный, голени и стопы отечны.D.S.: Бронхиальная астма, эндогенная, инфекционно-зависимая, впервые возникшая.Сопут.: ИБС, стенокардия напряжения 3 функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз. Недостаточность кровообращения 2А. | 1.) Sol. Euphillini 2,4%-10 ml. В разведении 10 ml. Изотонического раствора в/в медленно.1. Sol. Furosemidi 1%-2,0 ml.-в/м

3.)Больной рекомендована госпитализация в стационар, от госпитализации больна отказалась, о последствиях предупреждена.Рекомендовано вызвать участкового терапевта для решения вопроса о дальнейшем лечении.  |
| Сургутина Тамара Васильевьна, 67 лет, пенсионерка | Жалобы на боли в области икроножных мыжц левой голени, усиливающихся при ходьбе. Ухудшение состояния началось с парестезий, чувства онемения. Участковым врачом направлена к хирургу. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, сознание сохранено. Пульс 76 в минуту, ритмичный. АД 140/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Дыхание 18 в минуту, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Край печени эластичный, гладкий, безболезненный, размер по Курлову 9\*8\*7 см.Отмечается варикозное расширение вен левой голени, отечность и цианоз левой голени и стопы. Кожа нормальной окраски, температура тела 36.5, пульс на артерии pedis dorsalis сохранено. Пальпация по ходу вен левой голени болезненна.D.S.: Тромбофлебит вен левой голени | Больная госпитализирована в хирургическое отделение в 6 городской больницы. |

 Дежурство 27 февраля, 18 часов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Картасов Алексей Владимирович, 17 лет, учащийся  | Жалобы на общую слабость. Около 16 часов дня в троллейбусе внезапно возникло сердцебиение, слабость, потливость. Принял 2 таблетки валидола, к приезду СМП самочувствие улучшилось.An. Vitae: С детского возраста страдает синдромом слабости синусового узла. Наблюдается у кардиолога, в ближайшее время предполагалась имплантация кардиостимулятора.Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Сознание сохранено. Дыхание везикулярное, хрипов нет, границы легких в норме, во всех отделах перкуторно определяется нормальный легочный звук. Пульс 48 в минуту, аритмичен. Тоны сердца приглушены. АД 120/80 мм.рт.ст.Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул со слов больного без особенностей. Рвоты не было. Рефлексы сохранены, реакция зрачков на свет- прямая, сотружественная. Симптом Пастернацкого отрицательный, почки селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. D.S.: Синдром слабости синусового узла, синоаурикулярная блокада 2 степени | Оказанная помощь:1.) Sol. Atropini sulfatis 0,1%-1 ml.-Внутривенно(через 2-4 минуты отмечалось учащение сердечных сокрашений до 74 в минуту, ритмичный.2.) Больной госпитализирован в кардиологическое отделение ОКБ |
| Ширяев Евгений Николаевич 41 год, токарь | Жалобы на боли в правой стопе при движении. Сегодня в 16 часов во время поездки в городском автобусе с работы, ударился тылом стопы о металическую ступеньку. Движения в стопе стали ограничены, к вечеру боли усилились.Обьективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст., пульс хорошего наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный, почки селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.St. localis: На тыле стопы, в области 3 плюсневой кости, подкожное кровоизлияние 3\*2 см. болезненное при пальпации, красно-синюшнего цвета. Отечность тыла стопы. Крепитации, патологической подвижности нет. Пассивные и активные движения в стопе ограничены.D.S.: Ушиб правой стопы. Закрытый перелом 3 плюсневой кости справа? | Оказанная помощь:1. Наложена тугая бинтовая повязка на правую стопу.
2. Госпитализация в травмпункт 6 городской больницы
 |

 Дежурство 1 марта, 24 часа

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Щукина Виктория Павловна, 42 года, не работает | Жалобы на затрудненное дыхание, удушье, чувство стеснения в груди. Такие приступы беспокоят периодически, причины неизвестны. До приезда СМП приняла 2 таблетки супрастина. Со слов родственников в анамнезе –поливалентная аллергическая реакция неясной этиологии, высокие цифры АД (до 180 мм.рт.ст.), шизофрения.Обьективно: Общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Сознание сохранено. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс ритмичный хорошего наполнения, напряжения и частоты ( 80 в минуту), АД 170/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размер по Курлову 9\*8\*7 см. Симптом Пастернацкого отрицательный, почки, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.D.S.: Аллергическая реакция неясной этиологии.Сопутствующие: Гипертоническая болезнь 1 стадии, мягкая, медленно-прогрессирующее течение. | Лечение:1. Sol. Dimedroli 1%-1 ml. Внутримышечно
2. Sol. Magnesii sulfatis 25%-5,0 ml. На 10 ml. Изотонического раствора
3. Через 15 минут дыхание ровное, АД 120/60 мм.рт.ст., больной рекомендовано консультация аллерголога в поликлинике по месту жительства.
 |
| Соколова Анна Матвеевна, 73 года, инвалид 2 группы. | Жалобы на сердцебиение, слабость, инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке. Приступ начался 1 час назад. У больной ИБС, аритмии с 1973 года, наблюдается у кардиолога.Обьективно: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет, границы легких в пределах нормальных, над легкими выслушивается нормальный легочный звук, ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичны акцент 2 тоны над верхушкой, ЧСС 154 в минуту. Пульс аритмичен, пульсовые волны различной амплитуды, дифицит пульса 148 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размер по Курлову 9\*8\*7 см. Симптом Пастернацкого отрицательный, почки, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.ЭКГ: Ритм нерегулярный, мерцательная аритмия, ЧСС около 150 в минуту. Нормальное направление электрической оси сердца. Блокада правой ножки пучка Гисса.D.S.: ИБС, аритмическая форма. Пароксизмальная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. | Оказанная помощь:1. Sol. Novocainamidi 10%-10,0 ml.- внутривенно в разведении в 20 ml. Изотонического раствора, вводится медленно.
2. Через 15 минут ритм восстановлен, больная оставлена на месте рекомендована консультация кардиолога.
 |
| Дмитриев Александр Михайлович, 17 лет  | Жалобы на боль в яичках, мошонке, увеличение мошонки, помехи и боли при ходьбе.Заболел сутки назад- сначала мошонка увеличилась, но болей не отмечалось, через 4-5 часов появились выраженные боли в мошонке и яичках. Случайные половые связи отрицает.Обьективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, влажные, периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет.Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы легких в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 70 в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Стул без особенностей, рвоты не было. Мочеиспускание затруднено, болезненно, непостоянная дизурия.St. localis: Мошонка увеличена, гиперемирована, больше справа, при пальпации болезненна, яички увеличены, уплотнены, патологических образований в мошонке не выявляется.D.S.: Острый орхоэпидидимит правого яичка. | Оказанная помощь:1.) Больной госпитализирован в урологическое отделение 7 городской больницы, в положении лежа. |

*СВОДНЫЙ ОТЧЕТ О ПРОДЕЛАННОЙ РАБОТЕ:*

|  |  |
| --- | --- |
| *1. Участие в оказании помощи при ИБС* | *7* |
| *2. Участие в оказании помощи при нарушении ритма и проводимости сердца* | *5* |
| *3. Участие в оказании помощи при ОНМК* | *4* |
| *4. Участие в оказании помощи при гипертоническом кризе*  | *5* |
| *5. Участие в оказании помощи при бронхиальной астме* | *3* |
| *6. Участие в оказании помощи при «остром животе»* | *3* |
| *7. Участие в оказании помощи при «почечной колике»* | *2* |
| *8. Участие в оказании помощи при ранениях, травмах, переломах* | *7* |
| *9. Участие в оказании помощи при ЧМТ* | *3* |
| *10. Проведено подкожных инькций* | *4* |
| *11. Проведено внутримыжечных инькций* | *21* |
| *12. Проведено внутривенных инькций* | *14* |

*ХАРАКТЕРИСТИКА:*

*На студента 522 группы лечебного факультета Щеглова А.А.*

*Щеглов А.А. проходил производственную практику в качестве помошника врача скорой медицинской помощи с 6.02 по 1.03 на 4 подстанции МУ « Тверская станция скорой помощи».*

*За время прохождения практики показал себя аккуратным и дисциплинированным работником. Активно осваивал обязанности помощника врача скорой помощи: все виды инькций, работа с электрокардиографом и расшифровка ЭКГ, транспортная иммобилизация конечностей при переломах трубчатых костей, оказание помощи при неотложных состояниях, основы базисной сердечно-сосудистой реанимации.*

*Оценка за практику -*