

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 12:05:22
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148f80fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
д.мед.н., проф. А.Н.Колесников

Фонд оценочных средств по дисциплине

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ
ТЕРАПИЯ**

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Донецк 2024

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.	ОПК-7.1.2. Знает группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.	T1 ОПК 7.1.2. T2 ОПК 7.1.2.	C1 ОПК 7.1.2.
	ОПК-7.1.3. Знает особенности оказания медицинской помощи в неотложных ситуациях.	T3 ОПК 7.1.3. T4 ОПК 7.1.3.	C2 ОПК 7.1.3.
	ОПК-7.2.2. Умеет контролировать эффективность и безопасность немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения.	T5 ОПК 7.2.2. T6 ОПК 7.2.2.	C3 ОПК 7.2.2.
	ОПК-7.3.2. Владеет навыком подбора и назначения лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения с учетом стандартов медицинской помощи.	T7 ОПК-7.3.2. T8 ОПК-7.3.2.	C4 ОПК-7.3.2.
	ОПК-7.3.3. Владеет навыком оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения, профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций.	T9 ОПК-7.3.3. T10 ОПК-7.3.3.	C5 ОПК-7.3.3.
Профессиональных компетенций (ПК)			
ПК-1. Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в	ПК-1.1.1. Знает перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов.	T11 ПК-1.1.1. T12 ПК-1.1.1.	C6 ПК-1.1.1.

экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания).	ПК-1.1.2. Знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов.	T13 ПК-1.1.2. T14 ПК-1.1.2.	C7 ПК-1.1.2.
	ПК-1.1.6. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации.	T15 ПК-1.1.6. T16 ПК-1.1.6.	C8 ПК-1.1.6.
	ПК-1.1.7. Знает принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции).	T17 ПК-1.1.7. T18 ПК-1.1.7.	C9 ПК-1.1.7.
	ПК-1.1.8. Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания.	T19 ПК-1.1.8. T20 ПК-1.1.8.	C10 ПК-1.1.8.
	ПК-1.2.1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.	T21 ПК-1.2.1. T22 ПК-1.2.1.	C11 ПК-1.2.1.
	ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме.	T23 ПК-1.2.2. T24 ПК-1.2.2.	C12 ПК-1.2.2.
	ПК-1.2.3. Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания.	T25 ПК-1.2.3. T26 ПК-1.2.3.	C13 ПК-1.2.3.
	ПК-1.2.4. Умеет выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией).	T27 ПК-1.2.4. T28 ПК-1.2.4.	C14 ПК-1.2.4.
	ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.	T29 ПК-1.3.1. T30 ПК-1.3.1.	C15 ПК-1.3.1.
	ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.	T31 ПК-1.3.2. T32 ПК-1.3.2.	C16 ПК-1.3.2.
ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях,	T33 ПК-1.3.3. T34 ПК-1.3.3.	C17 ПК-1.3.3.	

	состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.		
	ПК-1.3.4. Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	T35 ПК-1.3.4. T36 ПК-1.3.4.	C18 ПК-1.3.4.
	ПК-1.3.5 Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания).	T37 ПК-1.3.5. T38 ПК-1.3.5.	C19 ПК-1.3.5.
	ПК-1.3.6. Владеет навыком применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.	T39 ПК-1.3.6. T40 ПК-1.3.6.	C20 ПК-1.3.6.
ПК-2. Способен проводить обследование пациента при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-2.1.6. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов.	T41 ПК-2.1.6. T42 ПК-2.1.6.	C21 ПК-2.1.6.
	ПК-2.1.7. Знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов.	T43 ПК-2.1.7. T44 ПК-2.1.7.	C22 ПК-2.1.7.
	ПК-2.2.12. Умеет проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний.	T45 ПК-2.2.12. T46 ПК-2.2.12.	C23 ПК-2.2.12.
	ПК-2.3.8. Владеет навыком проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными.	T47 ПК-2.3.8. T48 ПК-2.3.8.	C24 ПК-2.3.8.
ПК-3. Способен назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение с учетом диагноза,	ПК-3.2.2. Умеет назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами	T49 ПК-3.2.2. T50 ПК-3.2.2.	C25 ПК-3.2.2.

<p>возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>		
	<p>ПК-3.2.3. Умеет назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>T51 ПК-3.2.3. T52 ПК-3.2.3.</p>	<p>C26 ПК-3.2.3.</p>
	<p>ПК-3.3.2. Владеет навыком назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>T53 ПК-3.3.2. T54 ПК-3.3.2.</p>	<p>C27 ПК-3.3.2.</p>
	<p>ПК-3.3.3. Владеет навыком назначения немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>T55 ПК-3.3.3. T56 ПК-3.3.3.</p>	<p>C28 ПК-3.3.3.</p>

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

Т1.ОПК-7.1.2. НАИБОЛЕЕ ГЕПАТОТОКСИЧНЫМ АНЕСТЕТИКОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * Галотан
- Б. Закись азота
- В. Сефолюран
- Г. Ксенон

Т2.ОПК-7.1.2. В СОСТАВ «КОМА-КОКТЕЙЛЯ», РЕКОМЕНДОВАННОГО ПРИ КОМЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА, ВХОДЯТ

- А. Глюкоза 5%, флумазенил, витамин В1
- Б. Глюкоза 20%, налоксон, витамин С
- В. *Глюкоза 40%, налоксон, витамин В1
- Г. Глюкоза 40%, налоксон, дексаметозон

Т3.ОПК-7.1.3. ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ, СПАСАТЕЛЬ ДОЛЖЕН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А. *Обеспечить проходимость дыхательных путей
- Б. Проводить охранительное торможение мозга
- В. Восполнить объем циркулирующей крови
- Г. Уложить пациента в положение Фовлера

Т4.ОПК-7.1.3. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТА, ИЗВЛЕЧЕННОГО СПАСАТЕЛЯМИ ИЗ ВОДОЕМА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- А. Обеспечения венозного доступа
- Б. Закрытого массажа сердца
- В. *Пяти искусственных вдохов
- Г. Проведения электрической дефибрилляции

Т5. ОПК-7.2.2. ПРАВИЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОРАЛЬНОГО ВОЗДУХОВОДА ГВЕДЕЛА ПОДБИРАЮТ ПУТЕМ ИЗМЕРЕНИЯ РАССТОЯНИЯ ОТ

- А. Кончика носа до угла нижней челюсти
- Б. Угла рта до щитовидного хряща
- В. *Угла рта до мочки уха
- Г. Кончика носа до мочки уха

Т6. ОПК-7.2.2.У ПАЦИЕНТА С ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИЕЙ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗОНДОВОГО ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА МОЖЕТ БЫТЬ

- А. *Кровотечение из пищевода
- Б. Аспирационный синдром
- В. Острое расширение желудка
- Г. Усиление резорбции яда

Т7. ОПК-7.3.2. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНАФИЛИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА, РАЗВИВШЕГОСЯ ПОСЛЕ УКУСА ПЧЕЛЫ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- А. *Адреналина гидрохлорид

- Б. Преднизолон
- В. Гидрокарбонат натрия
- Г. Допамин

T8.ОПК-7.3.2. ПРИ ПОЛНОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНОГО В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А. Прием Геймлиха
- Б. Вентиляцию «рот ко рту»
- В. *Грудные компрессии
- Г. Прекардиальный удар

T9.ОПК-7.3.3. ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ВОЗНИКШЕЕ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЧРЕЗМЕРНОЙ ДОЗЫ ЛИДОКАИНА В ПЕРИДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО, МОЖЕТ БЫТЬ УМЕНЬШЕНО ВВЕДЕНИЕМ

- А. *Жировой эмульсии
- Б. Глюкокортикоидных средств
- В. Дыхательных analeптиков
- Г. Кристаллоидов и коллоидов

T10.ОПК-7.3.3. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПАРАЦЕТАМОЛА, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Анафилактический шок
- Б. *Острая печеночная недостаточность
- В. Острая дыхательная недостаточность
- Г. Острая гипотермия

T11. ПК-1.1.1. ПАЦИЕНТУ С ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

- А. *АЧТВ, МНО, протромбиновый индекс
- Б. Глюкозу, белок, билирубин
- В. АЛТ, АСТ, ГГТ
- Г. Мочевину, креатинин, билирубин

T12. ПК-1.1.1. ДЛЯ РАСЧЕТА ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТА, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ СУММУ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- А. *Калия, натрия, мочевины, глюкозы
- Б. Гемоглобина, гематокрита, лейкоцитов, мочевины
- В. Мочевины, глюкозы, белка, билирубина
- Г. Калия, натрия, кальция, хлоридов

T13. ПК-1.1.2. ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ, СУХОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, СНИЖЕНИЕ ТОНУСА МЫШЦ И СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ, ЗАПАХ АЦЕТОНА ИЗО РТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ КОМЫ

- А. Гипогликемической
- Б. *Кетоацидотической
- В. Гиперосмолярной
- Г. Лактатаcidотической

T14. ПК-1.1.2. ОДЫШКА, СНИЖЕНИЕ САТУРАЦИИ И РЕСПИРАТОРНОГО ИНДЕКСА ОКСИГЕНАЦИИ, «ЖЕСТКОЕ» ДЫХАНИЕ АУСКУЛЬТАТИВНО, 2-

СТОРОННИЕ ИНФИЛЬТРАТЫ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАЗВИТИИ

- А. *Острого респираторного синдрома
- Б. Бронхообтурационного синдрома
- В. Двусторонней пневмонии
- Г. Тромбоэмболии легочной артерии

Т15.ПК-1.1.6. СООТНОШЕНИЕ ГРУДНЫХ КОМПРЕССИЙ И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ

- А. 15:3
- Б. 3:1
- В. 20:4
- Г. *30:2

Т16.ПК-1.1.6. ОПТИМАЛЬНАЯ ГЛУБИНА ГРУДНЫХ КОМПРЕССИЙ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ ____ СМ

- А. 1-2
- Б. 3-4
- С. *5-6
- Д. 7-8

Т17. ПК-1.1.7. ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ – ЭТО НАНЕСЕНИЕ РАЗРЯДА ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

- А. Синхронизированного с зубцом R
- Б. Синхронизированного с зубцом P
- В. Синхронизированного с комплексом QRS
- Г. *Несинхронизированного с комплексом QRS .

Т18. ПК-1.1.7. ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ – ЭТО ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО РАЗРЯДА С ЦЕЛЬЮ _____ КАРДИОМИОЦИТОВ

- А. *Полной деполяризации
- Б. Частичной деполяризации
- В. Полной реполяризации
- Г. Частичной реполяризации

Т19. ПК-1.1.8. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ У РЕБЕНКА, ВЕЛИЧИНА ПЕРВОГО РАЗРЯДА БИФАЗНОГО ДЕФИБРИЛЯТОРА СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЖ/КГ

- А. *2
- Б. 4
- В. 6
- Г. 8

Т20. ПК-1.1.8. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ У ВЗРОСЛОГО, МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА РАЗРЯДА БИФАЗНОГО ДЕФИБРИЛЯТОРА СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЖ

- А. 150
- Б. 200

- В. 300
- Г. *360

T21. ПК-1.2.1. ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ И СЛАБАЯ РЕАКЦИЯ В ВИДЕ «ГРИМАСЫ СТРАДАНИЯ» ТОЛЬКО НА ИНТЕНСИВНЫЙ БОЛЕВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Сопора
- Б. Делирия
- В. Оглушения
- Г. *Комы

T22. ПК-1.2.1. ВНЕЗАПНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, БЛЕДНАЯ ВЛАЖНАЯ КОЖА, ПОВЫШЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА И СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ, СУДОРОГИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ КОМЫ

- А. *Гипогликемической
- Б. Печеночной
- В. Гипергликемической
- Г. Лактатацидотической

T23. ПК-1.2.2. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ У ПАЦИЕНТА СТРАДАЮЩЕГО ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОКАЗАНО

- А. Прием внутрь 2-3 кусочков сахара
- Б. *Внутривенное струйное введение 40% глюкозы
- В. Внутривенное капельное введение 10% глюкозы
- Г. Внутривенное капельное введение 5% глюкозы

T24. ПК-1.2.2. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНОМУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ НАЧИНАЕТСЯ С

- А. *Обеспечения проходимости дыхательных путей
- Б. Промывания желудка через зонд
- В. Инфузии 10% раствора глюкозы
- Г. Проведения форсированного диуреза

T25. ПК-1.2.3. ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ, ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА НА СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАЗВИТИИ

- А. *Клинической смерти
- Б. Апалического синдрома
- В. Терминальной комы
- Г. Биологической смерти

T26. ПК-1.2.3. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛНОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Беззвучный кашель
- Б. Громкий кашель
- В. Удлиненный выдох
- Г. Бессвязная речь

Т27. ПК-1.2.4. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БАЗОВЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С АНД (АВТОМАТИЧЕСКИЙ НАРУЖНЫЙ ДЕФИБРИЛЛЯТОР) У ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Фибрилляция желудочков
- Б. Асистолия
- В. Электромеханическая диссоциация
- Г. Тахикардия

Т28.ПК-1.2.4. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТА С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ БЕЗ ПУЛЬСА НА ЭКГ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- А. Обеспечения проходимости дыхательных путей
- Б. Закрытого массажа сердца
- В. Искусственной вентиляции легких
- Г. *Проведения электрической дефибрилляции

Т29.ПК-1.3.1.ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ ПО ШКАЛЕ КОМ ГЛАЗГО ОСНОВАНО НА ОЦЕНКЕ

- А. Показателей гемодинамики, внешнего дыхания, цвета кожи
- Б. *Открывания глаз, речевого контакта, двигательной активности
- В. Открывания глаз, размера зрачков, реакции зрачков на свет
- Г. Двигательной активности, реакции на боль, наличия судорог

Т30. ПК-1.3.1. НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА ЖАЖДЫ, ОЛИГУРИИ, ПОВЫШЕНИЯ ГЕМАТОКРИТА И НАТРИЯ В ПЛАЗМЕ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАЗВИТИИ

- А. Изотонической дегидратации
- Б. Гипертонической гипергидратации
- В. *Гипертонической дегидратации
- Г. Гипотонической гипергидратации

Т31. ПК-1.3.2. УГНЕТЕНИЕ СОЗНАНИЯ, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ОТЕКИ, ОДЫШКА, ОЛИГОАНУРИЯ И ПОВЫШЕНИЕ АЗОТИСТЫХ ШЛАКОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАЗВИТИИ

- А. Гепато-ренального синдрома
- Б. *Острого повреждения почек
- В. Острой печеночной недостаточности
- Г. Острой сердечной недостаточности

Т32. ПК-1.3.2. ВНЕЗАПНОЕ УГНЕТЕНИЕ СОЗНАНИЯ ДО КОМЫ БЕЗ ОЧАГОВОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ, ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ МЫШЦ ЗАТЫЛКА, ЧСС-64 В МИН, ЧДД - 20 В МИН, АД-200/110 ММ.РТ.СТ, Т-37,2°С, ГЛЮКОЗА КРОВИ 8,7 ММОЛЬ/Л, МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ РАЗВИТИЯ

- А. *Субарахноидального кровоизлияния
- Б. Гипергликемической комы
- В. Субдуральной гематомы
- Г. Бактериального менингоэнцефалита

Т33. ПК-1.3.3. У ПАЦИЕНТА С ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, В АНАЛИЗЕ КРОВИ – ЭРИТРОЦИТЫ 2,9Т/Л, ГЕМОГЛОБИН 92

Г/Л, ГЕМАТОКРИТ 31%, ПРОТРОМБИНОВЫЙ ИНДЕКС 60%, АЧТВ-52С, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В ТЕРАПИЮ

- А. Тромбоцитарной массы
- Б. Этамзилата натрия
- В. Отмытых эритроцитов
- Г. *Свежезамороженной плазмы

Т34. ПК-1.3.3. У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМОЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ПОМИМО ИНСУЛИНОТЕРАПИИ, ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Регидратация гипертоническими солевыми растворами
- Б. *Регидратация изотоническими солевыми растворами
- В. Дегидратация с использованием петлевых диуретиков
- Г. Дегидратация с использованием осмотических диуретиков

Т35. ПК-1.3.4. У ПАЦИЕНТА, ПОСТРАДАВШЕГО В ДТП, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ, САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСАЦИИ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ, МИДРИАЗ И МЕЛКОВОЛНОВАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ НА ЭКГ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

- А. Агонии
- Б. *Клинической смерти
- В. Биологической смерти
- Г. Шоке

Т36. ПК-1.3.4. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Западение языка
- Б. Ларингоспазм
- В. Бронхоспазм
- Г. Бронхообструкция

Т37. ПК-1.3.5. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (ПРИЕМ САФАРА) ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А. Интубацию трахеи, фиксацию позвоночника, искусственную вентиляцию легких
- Б. *Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти, открывание рта
- В. Выведение нижней челюсти, фиксацию шеи, фиксацию языка
- Г. Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти, удаление слизи

Т38. ПК-1.3.5. ПЕРВЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ПАЦИЕНТА С АСИСТОЛИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ

- А. *Пульса на сонной артерии
- Б. Реакции зрачков на свет
- В. Признаков сознания
- Г. Спонтанного дыхания

Т39. ПК-1.3.6. ВОСПОЛНЕНИЕ ОЦК У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ДТП С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ – ЭРИТРОЦИТЫ 3,5Т/Л, ГЕМОГЛОБИН 100Г/Л, НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С ПЕРЕЛИВАНИЯ

- А. *Кристаллоидов
- Б. Отмытых эритроцитов
- В. Свежезамороженной плазмы
- Г. Коллоидов

Т40. ПК-1.3.6. ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ, НЕ УСТРАНЯЮЩЕЙСЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ, ВАЗОПРЕССОРОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Норадреналин
- Б. Дофамин
- В. Добутамин
- Г. Мезатон

Т41. ПК-2.1.6. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПАЦИЕНТУ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ ПОКАЗАТЕЛИ

- А. *Гемоглобина, гематокрита
- Б. Гемоглобина, тромбоцитов
- В. Эритроцитов, тромбоцитов
- Г. Эритроцитов, цветного показателя

Т42. ПК-2.1.6. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЕЛИЧИНЫ КРОВОПОТЕРИ, ОТРАЖАЕТ ОТНОШЕНИЕ

- А. *Пульса к систолическому АД
- Б. Систолического АД к пульсу
- В. Пульса к диастолическому АД
- Г. Диастолического АД к пульсу

Т43. ПК-2.1.7. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ СИДЯ С УПОРОМ НА РУКИ, ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ДО 36 В МИН, ДИСТАНЦИОННЫЕ ХРИПЫ, СУХОЙ КАШЕЛЬ, ЦИАНОЗ, АУСКУЛЬТАТИВНО - «МОЗАИЧНОЕ ДЫХАНИЕ» У ПАЦИЕНТКИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНО РАЗВИТИЕМ

- А. Приступа бронхиальной астмы
- Б. *Астматического статуса
- В. Тромбоэмболии легочной артерии
- Г. Двухсторонней пневмонии

Т44. ПК-2.1.7. У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО МИАСТЕНИЕЙ, ОТМЕЧЕНО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ, ПРИЧИНОЙ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

- А. Центральной регуляции дыхания
- Б. Угнетения дыхательного центра
- В. Обструкции дыхательных путей
- Г. *Синаптической передачи импульсов

Т45. ПК-2.2.12. ВНЕЗАПНОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ПОДНЯТИЯ ТЯЖЕСТИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, КАШЕЛЬ С ПРОЖИЛКАМИ КРОВИ, ЦИАНОЗ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ГРУДИ И ЛИЦА, ТАХИПНОЕ, ТАХИКАРДИЮ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗВИТИЯ

- А. Напряженного пневмоторакса

- Б. *Тромбоэмболии легочной артерии
- В. Острого коронарного синдрома
- Г. Острой пневмонии

Т46. ПК-2.2.12. ДЛЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, КРОМЕ СПЛЕНОМЕГАЛИИ, ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. *Расширение вен пищевода, асцит
- Б. Диспепсия, желтуха
- В. Гиперферментемия, гипопропротеинемия
- Г. Гиперферментемия, гипербилирубинемия

Т47 ПК-2.3.8. ДИАГНОЗ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ У ПАЦИЕНТА

- А. *Энцефалопатии, коагулопатии
- Б. Желтухи и гиперферментемии
- В. Диспепсии, гипербилирубинемии
- Г. Расширения вен пищевода, асцита

Т48 ПК-2.3.8. СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВОЗНИКШИЙ ПОСЛЕ СТРЕССА И ВКЛЮЧАЮЩИЙ УДУШЬЕ С ЗАТРУДНЕННЫМ ВЫДОХОМ, СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ ПРИ ДЫХАНИИ, КАШЕЛЬ С ТРУДНООТХОДИМОЙ ВЯЗКОЙ СТЕКЛОВИДНОЙ МОКРОТОЙ У ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А. Приступа бронхиальной астмы
- Б. Астматического статуса
- В. Тромбоэмболии легочной артерии
- Г. Аспирационного синдрома

Т49 ПК-3.2.2. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ ДОЗА АДРЕНАЛИНА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ КАЖДЫЕ 3-5МИНУТ

- А. 1
- Б. 0,1
- В. *0,01
- Г. 0,001

Т50 ПК-3.2.2. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ТАБЛЕТКАМИ ФЕНОЗЕПАМА НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНТИДОТ

- А. Налоксон
- Б. Атропин
- В. *Флумазенил
- Г. Ацетилцистеин

Т51. ПК-3.2.3. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗОНДОВОГО ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА, КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ ДЛЯ ОДНОКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/КГ МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА

- А. * 5-8
- Б. 10-15
- В. 15-20
- Г. 20-25

Т52. ПК-3.2.3. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОТРАВЛЕНИЕМ УГАРНЫМ ГАЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Коррекция ацидоза
- Б. Форсированный диурез
- В. *Гипербарическая оксигенация
- Г. ИВЛ с гипервентиляцией

Т53. ПК-3.3.2. ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ, НЕ УСТРАНЯЮЩЕЙСЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ, ВАЗОПРЕССОРОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Норадреналин
- Б. Дофамин
- В. Добутамин
- Г. Мезатон

Т54. ПК-3.3.2. ВВЕДЕНИЕ ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ ПОКАЗАНО ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО

- А. *Метаболического ацидоза
- Б. Респираторного ацидоза
- В. Респираторного алкалоза
- Г. Метаболического алкалоза

Т55. ПК-3.3.3. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Трахеостомия
- Б. Бронхотомия
- В. Ларинготомия
- Г. *Коникотомия

Т56. ПК-3.3.3. У ПАЦИЕНТА С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ АЦИДОЗОМ ВСЛЕДСТВИЕ РАЗВИТИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА, ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Искусственная вентиляция легких
- Б. Лаваж трахеобронхиального дерева
- В. Кислородная терапия через маску
- Г. Ультразвуковая ингаляция бронхолитиков

Ситуационные задания

С 1. ОПК-7.1.2. После обезболивания нижней челюсти местным анестетиком у больного появился сильный кожный зуд, головокружение. Заторможен, жалуется на сердцебиение. На коже множественные мелкие высыпания, мраморный рисунок. Дыхание самостоятельное, не затруднено, ЧД 22 в минуту. Цианоза нет. АД 80/50 мм.рт.ст., ЧСС 100 уд. в минуту. Симптом капиллярного заполнения 4 секунды. Диагностирован анафилактический шок.

Вопросы:

1. Введение какого препарата и почему является первоочередным?
2. Какие неотложные мероприятия следует выполнить?

Эталоны ответов:

1. Немедленное в/в введение (под контролем АД) 0,5 мл адреналина в 10-20 мл 0,9% раствора хлорида натрия или в/м в переднюю поверхность бедра при отсутствии венозного доступа. При необходимости – повторное введение. Адреналин, с одной

стороны, вызывает вазоконстрикцию и усиление сократительной способности миокарда, что способствует росту АД, с другой - за счет β_2 -адреномиметического эффекта достигается увеличение просвета бронхов, угнетается дегрануляция тучных клеток и выброс из них биохимических медиаторов, что уменьшает анафилаксию.

2. Уложить больного. Пунктировать и катетеризировать периферическую вену, в/в капельное введение кристаллоидов (0,9%р-р натрия хлорида) с целью восполнения ОЦК. Введение глюкокортикоидов (гидрокортизон до 200мг), оказывающих противошоковое и антиаллергическое действие (блокируют выброс иммуноглобулинов Е, гистамина и др. веществ). Вызов реаниматолога, перевод в отделение интенсивной терапии.

С 2. ОПК-7.1.3. Пациент 70 лет в кабинете окулиста стал беспокоен, затем начал жаловаться на боль в грудной клетке с иррадиацией в левую руку и левую половину шеи. Бледен, цианоз губ. ЧД 24 в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 108 уд. в минуту. В анамнезе ишемическая болезнь сердца. Вызвана бригада СМП.

Вопросы:

1. Какое состояние, наиболее вероятно развилось у больного?
2. Какие неотложные мероприятия следует выполнить?

Эталоны ответов:

1. Острый коронарный синдром. Кардиогенный шок.
2. Уложить пациента. Нитроглицерин 0,5 под язык, аспирин 325 мг внутрь. Пунктировать и катетеризировать периферическую вену, в/в капельное введение кристаллоидов (0,9%р-р натрия хлорида). Оксигенотерапия. Запись ЭКГ.

С 3. ОПК-7.2.2. При выполнении хирургом инфильтрационной анестезии р-ром лидокаина пациентке 24-х лет для проведения ПХО раны предплечья, у нее появились беспокойство, спутанное сознание, шум в ушах, онемение кончика языка, затем - затруднение дыхания, мелкие фибриллярные подергивания. ЧСС-112 в мин, АД-98/50мм.рт.ст. Соматический и аллергический фон не отягощен.

Вопросы:

1. Какое осложнение, вероятнее всего, развилось у больной?
2. Какая неотложная помощь показана больной?

Эталоны ответов:

1. Токсическая передозировка местных анестетиков. Это подтверждает клиническая картина - беспокойство, спутанное сознание, шум в ушах, онемение кончика языка, затем - затруднение дыхания, мелкие фибриллярные подергивания, тахикардия, гипотония, а также не отягощенный аллергический анамнез и крайне низкая частота аллергических реакций на амидную группу местных анестетиков, к которой относится лидокаин.
2. Уложить пациентку. Пунктировать и катетеризировать периферическую вену, в/в введение жировой эмульсии (Интралипид или липофундин), которые уменьшают токсическое действие местных анестетиков. Оксигенотерапия. При необходимости – поддержание гемодинамики (введение кристаллоидов и адреномиметиков) и дыхания (ИВЛ).

С 4. ОПК-7.3.2. Пациент 48 лет поступил в клинику с признаками желудочного кровотечения. В сознании, бледен. АД 90/40 мм.рт., ЧСС - 120 в мин, симптом «белого пятна» 3 сек, эритроциты – 3,0т/л, гемоглобин -100г/л, гематокрит 30%.

Вопросы:

1. Что является основной задачей интенсивной терапии у этого пациента?
2. Каким препаратом наиболее целесообразно начать инфузионную терапию у этого пациента?

Эталоны ответов:

1. Основной задачей интенсивной терапии у этого пациента является восполнение ОЦК и купирование геморрагического шока на фоне остановки кровотечения.
2. Инфузионную терапию при гиповолемическом шоке нужно начинать полиионным кристаллоидом, например, р-р Рингера в/в капельно. Кроме кристаллоидов, в состав инфузионной терапии могут входить коллоиды – волювен, гелофузин, альбумин.

С 5. ОПК-7.3.3. Мужчина 22 лет найден в парке лежащим без сознания с единичными попытками дыхания. Рядом были шприцы для инъекций. Окружающими была вызвана бригада СМП. Врач заподозрил отравление наркотическим веществом, а при осмотре пациента - констатировал состояние клинической смерти. Были начаты реанимационные мероприятия – грудные компрессии, искусственная вентиляция легких мешком Амбу и введение антидота.

Вопросы:

1. Каковы критерии эффективности искусственной вентиляции легких мешком Амбу?
2. Какой антидот нужно ввести этому пациенту в процессе СЛР?

Эталоны ответов:

1. Искусственная вентиляция легких мешком Амбу должна проводиться после обеспечения проходимости дыхательных путей – нужно разогнуть голову, открыть рот и вывести нижнюю челюсть пациента. Маска герметично прижата к лицу пациента. На вдохе грудная клетка пострадавшего должна подниматься, а затем пассивно опускаться.
2. Налоксон 0,4мг в/в или в/м – антидот опиоидов и их суррогатов.

С 6. ПК-1.1.1. Бригадой СМП доставлен пациент с жалобами на боли в левой поясничной области с иррадиацией в промежность, временно купирующуюся приемом но-шпы. 3 года назад перенес нефрэктомия справа. Объективно: В оглушении. Бледен. Отечность лица и ног. Т- 37,0°С, ЧСС- 52 уд. в мин., ЧД- 24 в мин., АД-187/119 мм рт.ст. Аускультативно - дыхание везикулярное, в нижних отделах мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие. Катетеризирован мочевого пузырь, по катетеру в течение 24 часов мочи нет.

Вопросы:

1. Каков ведущий патологический синдром у этого пациента?
2. Какие методы исследования необходимо провести этому больному для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения?

Эталоны ответов:

1. Острое повреждение почек в стадии анурии (Мочекаменная болезнь).
2. Лабораторные показатели - общий анализ крови, мочевины, креатинина, калий плазмы, рН крови, коагулограмма для решения вопроса о необходимости гемодиализа. УЗИ почек и мочевыводящих путей или КТ для выбора метода и объема хирургического вмешательства с целью удаления камней из мочевыводящих путей.

С 7. ПК-1.1.2. Пациент 56 лет доставлен в ОИТ. Около 2 лет отмечал постоянную жажду, повышенный аппетит, полиурию. Три дня назад появилась слабость, тошнота, рвота. Найден женой без сознания. При обследовании: эритроциты 4,9 Т/л, гематокрит 0,5

л/л, лейкоциты 8 Г/л, протромбиновый индекс 100%, общий белок 86 г/л, глюкоза крови 22,4 ммоль/л, рН крови 7,29; ВЕ – 5,5 ммоль/л. Моча: слабокислая, относительная плотность -1028, глюкоза 3,0 ммоль/л, ацетон 15 ммоль/л, лейкоциты 4-6 в поле зрения.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у этого пациента?
2. Что свидетельствует в пользу этого диагноза?

Эталоны ответов:

1. Сахарный диабет, тип 2, стадия декомпенсации. Гипергликемическая кетоацидотическая кома.
2. В пользу диагноза диабетического кетоацидоза свидетельствуют: Данные анамнеза - около 2 лет отмечал постоянную жажду, повышенный аппетит, полиурию. При поступлении – кома. Гипергликемия (повышение уровня глюкозы капиллярной крови - 22,4 ммоль/л), глюкозурия (в норме отсутствует); наличие кетоновых тел (ацетона) – в моче (в норме отсутствует). Метаболический ацидоз: рН крови 7,29; ВЕ – 5,5 ммоль/л.

С 8. ПК-1.1.6. В парке мужчина 55 лет потерял сознание, бледен, не дышит, пульс не определяется. Окружающими уложен на скамейку, вызвана СМП. Начато проведение базового комплекса сердечно-легочной реанимации.

Вопросы:

1. Какие мероприятия и в каком соотношении включает базовая сердечно-легочная реанимация у взрослых?
2. Каковы правила проведения грудных компрессий?
- 3.

Эталоны ответов:

1. Базовая сердечно-легочная реанимация включает грудные компрессии, обеспечение проходимости дыхательных путей и искусственное дыхание «рот ко рту». Отношение грудных компрессий и искусственного дыхания 30:2.
2. Необходимо уложить пациента на твердую поверхность на спину. Стать на колени сбоку. Выполнить грудные компрессии – прямые руки сложить «в замок» и расположить на границе средней и нижней трети грудины. Глубина компрессий 5-6 см. Частота 100-120 в мин. Выполнить 30 надавливаний.

С 9. ПК -1.1.7. Электрик больницы получил электротравму при работе с неисправной электропроводкой. Сразу же утратил сознание, отмечались клонико-тонические судороги. Больной освобожден от действия электрического тока и при осмотре у него отсутствует дыхание и пульсация на сонных артериях. Начата сердечно-легочная реанимация, больной подключен к кардиомонитору. При оценке ритма на мониторе зафиксирована фибрилляция желудочков. Проведена немедленная электрическая дефибрилляция.

Вопросы:

1. Какая величина разряда используется при наружной дефибрилляции?
2. Каковы принципы действия наружных дефибрилляторов?

Эталоны ответов:

1. Электрическая дефибрилляция бифазным дефибриллятором проводится начальным разрядом 120-200 Дж и максимальным -360Дж.

2. Дефибрилляция это несинхронизированное нанесение разряда постоянного электрического тока (120-360Дж) в любую фазу сердечного цикла. Электрический разряд вызывает прохождение электрического тока от одного электрода к другому электроду дефибриллятора, который на своем пути проходит через сердце. Это приводит к одновременному сокращению всех кардиомиоцитов и прекращает или ограничивает ненормальный электрический ритм без повреждения миокарда, что позволяет синусному узлу возобновить нормальную активность водителя ритма.

С 10. ПК -1.1.8. На автобусной остановке мужчина 62 лет почувствовал боль в области сердца, потерял сознание и упал. Окружающими была вызвана бригада СМП. В момент осмотра врач СМП зафиксировал у больного остановку сердечной деятельности. Был начат базовый комплекс сердечно-легочно-мозговой реанимации. На кардиомониторе зафиксирована фибрилляция желудочков.

Вопросы:

1. Каковы правила выполнения наружной дефибрилляции?
2. Какая величина разряда используется при наружной дефибрилляции?

Эталоны ответов:

1. Один электрод (положительный заряд) нужно расположить над верхушкой сердца (ниже левого соска по среднеподмышечной линии); другой электрод (отрицательный заряд) - расположить под правой ключицей по среднеключичной линии.

Зарядить дефибриллятор, нажав на кнопку «Зарядка», в то время как другой спасатель продолжает грудные компрессии. Как только дефибриллятор заряжен, следует сделать паузу в грудных компрессиях, проверить отсутствие контакта пациента с кем-либо из спасателей, громко и четко крикнуть: “Не касаться!”. Дать разряд.

2. Электрическая дефибрилляция бифазным дефибриллятором проводится начальным разрядом 120-200 Дж и максимальным -360Дж.

С 11. ПК-1.2.1. Во время беседы в кафе, при приеме еды, мужчина вдруг стал задыхаться, кашлять. Кашель беззвучный, инспираторная одышка, сказать ничего не может. Возбужден, зрачки расширены, кожные покровы цианотичны.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у этого пациента?
2. Что свидетельствует в пользу этого диагноза?

Эталоны ответов:

1. Полная обструкция верхних дыхательных путей инородным телом.
2. В пользу этого диагноза свидетельствуют данные анамнеза (беседа при приеме пищи) и клиническая картина (внезапное начало, беззвучный кашель, инспираторная одышка, возбуждение, цианоз).

С 12. ПК-1.2.2. Во время беседы в кафе, при приеме пищи, мужчина 30 лет вдруг стал задыхаться, кашлять. Кашель беззвучный, инспираторная одышка, сказать ничего не может. Возбужден, зрачки расширены, кожные покровы цианотичны.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у этого пациента?
2. Какую неотложную помощь нужно оказать этому пациенту?

Эталоны ответов:

1. Полная обструкция верхних дыхательных путей инородным телом.
2. Спросить пациента: «Вы подавились?». Наклонить его вперед. Сделать 5 похлопываний по межлопаточной области, а затем, если инородное тело не удалилось, сделать 5 сжатий пациента став сзади и обхватив его руками в верхней части живота –прием Геймлиха. Повторять процедуру до извлечения инородного тела. При потере сознания пациентом – уложить на спину и перейти к грудным компрессиям.

С 13. ПК-1.2.3. Больной 55 лет, ожидающий приема терапевта, внезапно стал возбужденным, побледнел, утратил координацию движений и сознание. При осмотре: бледен, кожные покровы влажные, зрачки 3 мм в диаметре, фотореакция сохранена, дыхание поверхностное, ритмичное, 16 в 1 мин., АД 110/60 мм рт.ст., пульс 96 в 1 мин. На лицевой стороне амбулаторной карточки – пометка «Сахарный диабет I типа».

Вопросы:

1. Какое состояние, наиболее вероятно развилось у больного?
2. Какие клинические и лабораторные данные могут подтвердить диагноз?

Эталоны ответов:

1. У пациента - гипогликемическая кома.
2. На это указывают:
данные анамнеза - болеет сахарным диабетом; данные клинической картины характерные для гипогликемии – внезапное начало, стал возбужденным, побледнел, утратил координацию движений и сознание, кожные покровы влажные, бледные, зрачки 3 мм в диаметре. Пациенту необходимо срочно исследовать глюкозу крови. В норме 3,3 – 5,5 ммоль/л, определение глюкозы ниже 2,7ммоль/л подтвердит диагноз –гипогликемическая кома.

С 14. ПК-1.2.4. На автобусной остановке автовокзала мужчина 62 лет почувствовал боль в области сердца, потерял сознание и упал. Окружающими отмечено отсутствие дыхания и пульса у мужчины. Был начат базовый комплекс сердечно-легочно-мозговой реанимации с применением, доставленного с автовокзала, автоматического наружного дефибриллятора (АНД).

Вопросы:

1. Какие основные этапы проведения базовой сердечно-легочной реанимации с автоматическим наружным дефибриллятором (АНД)?
2. Каковы особенности работы с АНД?

Эталоны ответов:

1. Основные этапы проведения базовой сердечно-легочной реанимации с автоматическим наружным дефибриллятором (АНД) включают:
С – грудные компрессии (непрямой массаж сердца).
А – поддержание проходимости дыхательных путей (тройной прием открытия дыхательных путей).
В – поддержание адекватного дыхания (дыхание методом «рот ко рту»).
D –дефибрилляция АНД (немедленно если зарегистрирован дефибриллируемый ритм).
2. Автоматический наружный дефибриллятор (АНД) – это дефибриллятор, который с помощью голосовых команд помогает оценить сердечный ритм и выполнить дефибрилляцию пострадавшим с дефибриллируемыми ритмами Его могут использовать лица без медицинского образования и специальных знаний. Места расположения электродов отмечены на электродах (под правой ключицей и в области сердечного толчка).

АНД самостоятельно анализирует ЭКГ и дает команды. Работа с АНД значительно проще, чем с ручным дефибриллятором, поскольку спасатель должен только четко выполнять голосовые команды дефибриллятора.

С 15. ПК-1.3.1. На автобусной остановке мужчина 40 лет потерял сознание. Окружающими уложен на скамейку, вызвана СМП. Врач при осмотре определил у него отсутствие сознания, дыхания, пульса на сонных артериях, расширенные зрачки без фотореакции, атонию, арефлексию, мраморность кожных покровов. Начато проведение сердечно-легочной реанимации.

Вопросы:

1. Какой ведущий патологический синдром у пострадавшего?
2. Какие основные и дополнительные клинические признаки подтверждают этот патологический синдром у пострадавшего?

Эталоны ответов:

1. Ведущий патологический синдром у пострадавшего: клиническая смерть.
2. Отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонных артериях – основные признаки клинической смерти.

Дополнительные признаки клинической смерти - расширенные зрачки без фотореакции, арефлексия, мраморность кожных покровов.

С 16. ПК-1.3.2. У женщины 52 лет внезапно появилась одышка и боли в груди при вдохе. Объективно: ЧДД - 34 в мин. Цианоз лица и шеи. Аускультативно - жесткое дыхание, хрипов нет. ЧСС = Ps - 116 в 1 мин. АД - 90/50 мм рт. ст. ЦВД - 18 см вод.ст. Набухание шейных вен. Живот безболезнен. Диурез сохранен. Отеков нет. Варикоз вен нижних конечностей. В крови: протромбиновый индекс 100%, фибриноген 6,4 г/л, Нг – 50%, Нв - 169 г/л, L - 12,9Г/л, свертываемость по Ли-Уайту 2 мин. На ЭКГ–признаки перегрузки правых отделов сердца.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. На основании каких данных можно поставить этот диагноз?

Эталоны ответов:

1. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
2. Этот диагноз можно поставить на основании:
 - данных анамнеза: в анамнезе варикоз вен нижних конечностей.
 - объективных данных: ухудшение возникло внезапно. Выраженная одышка до 34 дыханий в 1 минуту. Цианоз лица и шеи. АД - 90/50 мм рт. ст. ЦВД - 18 см водн.ст. Набухание шейных вен.
 - лабораторных и инструментальных исследований: Нг – 50%, Нв - 169 г/л, ПИ -100%, фибриноген 6,4 г/л, свертываемость по Ли-Уайту-2 мин. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца.

С 17. ПК-1.3.3. Пациент 40 лет найден в гараже, сидящим в автомобиле с включенным двигателем, без сознания. Вызвана БСМП. Объективно: сознание на уровне сопора. Кожные покровы и слизистые розово-цианотичной окраски. Сатурация 85%. ЧДД - 30 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 140/80 мм.рт.ст., Р- 98 в минуту. Печень - у края реберной дуги. Перистальтика кишечника сохранена. Поставлен диагноз: Отравление угарным газом.

Вопросы:

1. Какова неотложная помощь этому пациенту?

2. Что является основным методом патогенетической терапии?

Эталоны ответов:

1. Интубация трахеи. ИВЛ мешком Амбу или респиратором. Обязательная оксигенотерапия. Ацизол 1мл в/м. Транспортировка в ОИТ.
2. Гипербарическая оксигенация – оксигенотерапия в барокамере. При этом повышается pO_2 в альвеолах и скорость диссоциации СО из гемоглобина.

С 18. ПК-1.3.4 Летом во время купания в море утонул мужчина 43 лет. Спасателями был извлечен из-под воды через 5 минут после исчезновения с поверхности воды. Врач, находившийся на пляже, определил у него отсутствие дыхания, сознания, пульса на сонных артериях, мидриаз, при надавливании на грудную клетку – изо-рта выделяется вода.

Вопросы:

1. Какое критическое состояние развилось у пострадавшего?
2. На основании каких клинических признаков врач распознал это критическое состояние у пострадавшего?

Эталоны ответов:

1. Истинное утопление в соленой воде. Клиническая смерть.
2. Истинное утопление подтверждается выделением воды изо-рта. Клиническую смерть врач распознал на основании следующих клинических признаков - отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонных артериях.

С 19. ПК-1.3.5. Во время поездки в транспорте женщину 30 лет ужалила оса. Через 4 минуты у нее появился выраженный кожный зуд, головокружение, слабость. Затем женщина утратила сознание. Ехавший в автобусе фельдшер отметил, что у женщины отсутствует самостоятельное дыхание и пульсация на сонных артериях. Были начаты базовые реанимационные мероприятия и вызвана бригада СМП.

Вопросы:

1. Какие базовые реанимационные мероприятия должен выполнить фельдшер?
2. Какие расширенные реанимационные мероприятия нужно выполнить этой большой бригаде СМП?

Эталоны ответов:

1. Базовая сердечно-легочная реанимация включает грудные компрессии, обеспечение проходимости дыхательных путей и ИВЛ «рот ко рту». Соотношение грудных компрессий и искусственного дыхания 30:2.
2. Расширенная сердечно-легочная реанимация включает:
 - анализ ритма и немедленную дефибрилляцию при дефибриллируемых ритмах (фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии без пульса) разрядом 120-200 Дж;
 - грудные компрессии;
 - ИВЛ мешком Амбу через лицевую маску и эндотрахеальную трубку после интубации трахеи;
 - введение лекарственных препаратов – адреналина 1мг в/в или в/костно каждые 3-5мин. Введение амиодарона – дважды (300мг и 150мг) если будет зафиксирован дефибриллируемый ритм. Введение глюкокортикоидов (гидрокортизон) и антигистаминных препаратов (супрастин) учитывая генез смерти (анафилаксия)

С 20. ПК-1.3.6. Во время ДТП (наезд автомобиля) пострадал мужчина 34 лет, получивший тяжелую политравму. Окружающими была диагностирована клиническая

смерть и начаты реанимационные мероприятия. Вызвана реанимационная бригада СМП. Прибывшая бригада СМП зафиксировала на ЭКГ фибрилляцию желудочков.

Вопросы:

1. Какие мероприятия нужно выполнить этому больному при проведении расширенной реанимации?
2. Какое медикаментозное обеспечение необходимо проводить в процессе реанимации?

Эталоны ответов:

1. Немедленная электродефибриляция (минимальный разряд 120-200Дж, максимальный-360Дж). Продолжить СЛР – грудные компрессии и ИВЛ 30:2. Искусственную вентиляцию легких (с оксигенотерапией) выполнять с помощью мешка Амбу через лицевую маску или эндотрахеальную трубку после интубации трахеи. Также следует надеть воротник Шанса, наложить жгуты (если есть массивное кровотечение) и лонгеты (если есть переломы), пунктировать плевральную полость или перикард при напряженном пневмотораксе и тампонаде сердца.

2. Обеспечить венозный или внутрикостный доступ для введения медикаментов. Вводить адреналин 1мг каждые 3-5мин и амиодарон дважды после 3-й и 5-й дефибрилляции 300мг и 150мг. Проводить инфузионную терапию растворами кристаллоидов (Рингера и др) и коллоидов (гелофузин) с целью восполнения кровопотери.

С 21. ПК-2.1.6. Женщина 53 лет доставлена БСМП с жалобами на частый жидкий стул, рвоту, жажду после употребления пиццы. Заторможена. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Т 37,7°С. ЧД 24 в мин. Аускультативно - жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, ЧСС 116 в мин. АД 90/50 мм.рт.ст. ЦВД 2 см.вод.ст. Живот мягкий, перистальтика усилена. Диурез – 0,7мл/мин. В крови: эритроциты 5,1 Т/л, гематокрит 50%, гемоглобин 158 г/л, лейкоциты 12,4 Г/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какое нарушение водно-электролитного обмена развилось у больной?
2. Какие данные лабораторно-инструментального исследования подтверждают это нарушение водно-электролитного обмена?

Эталоны ответов

1. Изотоническая дегидратация.
2. Изотоническая дегидратация подтверждается:
 - данными анамнеза - частый жидкий стул, рвота после употребления пиццы;
 - характером клинической картины - снижение тургора тканей, сухость кожи, одышка, тахикардия;
 - инструментальными исследованиями- снижение АД (в норме 120/80 мм.рт.ст), ЦВД (в норме 5-12 см.вод.ст) и минутного диуреза (в норме 1мл/мин) свидетельствуют о гиповолемии;
 - лабораторными данными – повышение гематокрита, эритроцитов и гемоглобина свидетельствует о дегидратации, а нормальный уровень натрия в крови в пределах 135-145 ммоль/л – определяет ее изотонический характер.

С 22. ПК 2.1.7. В ОИТ поступил мужчина с жалобами на желтушность кожи, потемнение мочи и обесцвечивание кала, нарушение сна и бодрствования. Кожные покровы желтушные, обильные петехии. Т- 37,4°С ,ЧСС- 72 уд.в мин, ЧД-18 в мин, АД-118/72 мм рт.ст. Аускультативно: дыхание жесткое. Тоны сердца глухие. Печень+4 см, болезненна. Стул ахоличен. Моча темная. В крови: Эр- 3,8Т/л, Нь-120 г/л, Лк- 4,1 Г/л, п-7%, с-26%, б-

1%, л-64%, Тр-240х10⁹/л, билирубин общий-424 мкмоль/л, прямой-304 мкмоль/л, АЛТ-15,3 ммоль/л, АСТ-14,2 ммоль/л. Протромбиновый индекс-52%, АЧТВ-73с.

Вопросы:

1. Какой диагноз (основное заболевание и развившееся осложнение) у пациента?
2. Какие данные условия задачи подтверждают диагноз?

Эталоны ответов:

1. Вирусный гепатит. Осложнения - Острая печеночная недостаточность.
2. Диагноз: Вирусный гепатит подтверждают данные:
 - жалобы - на желтушность кожи, потемнение мочи и обесцвечивание кала, вялость, сонливость днем и бодрствование ночью.
 - объективного исследования - кожные покровы и видимые слизистые желтушные, Т- 37,4° С, увеличенная (ниже края реберной дуги на 4 см) и болезненная при пальпации печень, ахоличный стул, темная моча.
 - лабораторные показатели – лимфоцитоз (64%), повышение билирубина (общий- 424 мкмоль/л, непрямой- 120 мкмоль/л, прямой- 304 мкмоль/л), гиперферментемия (АЛТ- 15,3 ммоль/л, АСТ- 14,2 ммоль/л).

О развитии острой печеночной недостаточности свидетельствуют энцефалопатия (больной заторможен) и коагулопатии (на коже обильная петехиальная сыпь, снижение протромбинового индекса – 52%, удлинение АЧТВ – 73с).

С 23. ПК-2.2.12 У женщины 70 лет внезапно возникла одышка, кашель с кровянистой мокротой, отмечен резкий цианоз шеи и лица. ЧДД – 28 в мин, Р – 120 в мин, аритмичный, АД – 170/90 мм.рт.ст. ЦВД + 15 см вод.ст. Набухание шейных вен. Живот слегка вздут. Печень у края реберной дуги. Диурез адекватен. В анамнезе - тромбофлебит глубоких вен голени. В крови: протромбиновый индекс 98%, фибриноген 5,4 г/л, Нт – 58%, Нв - 158 г/л, свертываемость по Ли-Уайту 2 мин. На ЭКГ–признаки перегрузки правых отделов сердца.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен? Обоснуйте ваш ответ приведенными в условии данными.
2. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов:

1. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
В пользу ТЭЛА говорят:
 - данные анамнеза (страдает тромбофлебитом глубоких вен голени),
 - объективные данные – внезапное ухудшение состояния, выраженная одышка до 28 дыханий в 1 минуту, умеренный цианоз лица и верхней половины туловища, акцент и расщепление II тона над легочной артерией. АД – 170/90 мм рт. ст. ЦВД +15см водн.ст. Набухание шейных вен.
 - лабораторные и инструментальные данные - Нт – 58%, Нв - 158 г/л, ПИ -98%, фибриноген 5,4 г/л, свертываемость по Ли-Уайту-2 мин. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца.

Для подтверждения диагноза нужно провести ангиографию и измерить Д-димеры.

2. Необходимо дифференцировать:
 - с острым коронарным синдромом – нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда. Для этой патологии характерны - боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо,

лопатку, руку с онемением пальцев, чувство страха. При стенокардии - изменения ЭКГ могут отсутствовать, может быть преходящая депрессия ST. При инфаркте миокарда - подъем или депрессия сегмента ST, патологический зубец Q, снижение амплитуды зубца R. Повышены уровни сердечных тропонинов и креатинфосфокиназы.

– с напряженным пневмотораксом – характерно отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания, аускультативно дыхание резко ослабленное или отсутствует на стороне поражения, перкуторно-тимпанит, трахея смещена в сторону. На рентгенограмме – зона просветления без легочного рисунка и смещение органов средостения в сторону.

– с тампонадой сердца - глухие тоны и расширение границ сердца, на ЭКГ – низкий вольтаж.

С. 24. ПК-2.3.8. У беременной 32 лет с сахарным диабетом в состоянии декомпенсации диабета проведено кесарево сечение. Течение послеоперационного периода тяжелое. При осмотре: на вопросы не реагирует, сухость кожи, поверхностное частое дыхание, тахикардия, АД 80/60 мм рт.ст. В крови глюкоза 55 ммоль/л, ацетон отрицателен, мочевины 10 ммоль/л, гематокрит 58%, лактат 1,2 ммоль/л, калий 5,8 ммоль/л, осмолярность 344 мосмоль/л. Анурия.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у пациентки? Обоснуйте ваш ответ приведенными в условии данными.
2. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов:

1. У пациентки - гипергликемическая гиперосмолярная кома, о чем свидетельствуют угнетение сознания до комы (на вопросы не реагирует), гипергликемия (глюкоза 55 ммоль/л), высокая осмолярность (344 мосмоль/л), признаки дегидратации (гематокрит 58%, сухость кожи, АД 80/60 мм рт.ст., анурия).

2. Это патологическое состояние необходимо дифференцировать с:
– острым повреждением почек, т.к. у больной - анурия и высокая осмолярность плазмы. Нет признаков гипергидратации (отеки, гипертензия), нет значительного повышения азотистых шлаков (мочевина в норме 3-9 ммоль/л) и калия (норма 3,3-5,5 ммоль/л).

– кетоацидотической комой - для которой характерно умеренное повышение глюкозы крови (у пациентки - выраженная гипергликемия - 55 ммоль/л), а также нет кетоновых тел в крови и моче, отсутствует запах ацетона изо рта и дыхание Куссмауля.

– лактатацидемической комой – нет критической декомпенсации витальных функций (дыхания и кровообращения) вследствие лактатацидоза (лактат крови - 1,2 ммоль/л (норма)).

С 25. ПК- 3.2.2. Больная 40 лет, злоупотребляющая алкоголем, обратилась в больницу с жалобами на сильную головную боль, рвоту, жажду, нечеткость зрения и наличие пятен перед глазами. Несколько часов назад употребляла крепкий алкоголь. Заторможена. Кожа гиперемирована, сухая, цианоз губ. Зрачки расширены, фотореакция вялая. Дыхание самостоятельное, частота 18 в мин. Тоны сердца аритмичны. АД 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 98 в мин. Живот мягкий. Печень+4 см. Поставлен диагноз: Отравление метиловым спиртом.

Вопросы:

1. Укажите объем неотложной помощи этой пациентке.
2. Введение какого антидота показано при отравлении метиловым спиртом?

Эталоны ответов:

1. Госпитализация в отделение интенсивной терапии. Промывание желудка через орогастральный зонд водой до «чистых промывных вод», введение энтеросорбентов и слабительного. Консультация окулиста и супраорбитальное введение атропина и гидрокортизона. При неэффективности лечения – гемодиализ.

2. Введение антидота - этиловый алкоголь в/в капельно в виде 5% раствора из расчета 1-2 г чистого алкоголя/кг массы тела 5-6 раз в сутки на 5-10% растворе глюкозы. Этанол блокирует алкогольдегидрогеназу и уменьшает «летальный синтез» с образованием токсичных продуктов – формальдегида и муравьиной кислоты.

С 26. ПК- 3.2.3. Шахтер, извлеченный из-под завала, доставлен в ОИТ. На 4-е сутки его состояние резко ухудшилось. Резко заторможен, желтушность склер и кожи. Усилился отек нижней конечности, подвергшейся сдавливанию. Т - 37,6°C, ЧСС - 116 уд. в мин., ЧД - 24 в мин., АД- 90/60 мм рт.ст. Диурез за сутки – 300мл. Моча - кирпично-красного цвета. В крови: Эр - $2,6 \times 10^{12}/л$, Нь - 94 г/л, мочевины - 40 ммоль/л, креатинин - 570 мкмоль/л, калий - 6,9 ммоль/л, рН крови 7,1, уд. вес мочи - 1025, эр.- 1/2 поля зрения.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром развилось у пациента и какой метод интенсивной терапии показан при этом?

2. Какие данные, приведенные в условии задания являются показанием для этого метода интенсивной терапии?

Эталоны ответов:

1. Острое повреждение почек (острая почечная недостаточность) вследствие синдрома длительного сдавления. Показано проведение гемодиализа.

2. Показания к гемодиализу - снижение диуреза (олигурия 300мл/с), повышение уровня мочевины (40ммоль/л), гиперкалиемия (6,9 ммоль/л), метаболический ацидоз (рН крови 7,1).

С 27. ПК- 3.3.2. В ОИТ поступил пациент 52 лет, у которого в течение 4 дней отмечалась боль в эпигастрии, тошнота и трижды рвота кровью. Слегка заторможен, жалуется на слабость, головокружение. Т- 36,4°C. Кожа бледная, холодная. ЧДД-22 в мин., аускультативно хрипов нет, тоны сердца глухие, АД 80/60 мм рт.ст., симптом «белого пятна» 4 сек. Пульс слабого наполнения, 118 уд. в мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Перистальтика–сохранена. Диурез- 0,8мл/мин. В крови: эр. 3,2 Т/л, Нь 100 г/л.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у больного и что является основной задачей интенсивной терапии этого пациента?

2. Какие группы препаратов можно применить для купирования неотложного состояния этого больного?

Эталоны ответов:

1. У пациента развился гиповолемический геморрагический шок вследствие желудочного кровотечения, Основной задачей интенсивной терапии является восполнение объема циркулирующей крови и остановка кровотечения.

2. Для восполнения ОЦК необходимо применить кристаллоиды (р-р Рингера, Ионостерил, 0,9% натрия хлорид и др.), коллоиды (рефортан, волювен, гелофузин, альбумин), внутривенное капельное введение ингибиторов фибринолиза — транексамовой кислоты в дозе 750 мг (15 мг/кг) в разведении 200 мл 0,9% раствора NaCl. Для лечения желудочного кровотечения – ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Пантопризол...). ФГДС и эндоскопическая остановка кровотечения.

С 28. ПК- 3.3.3. Пациент 45 лет получил удар твердым предметом по затылку. Доставлен в ОИТ. При осмотре - на речь не реагирует, на боль – гримаса страдания, движений не совершает, звуков не издает. При сгибании головы - ригидность мышц затылка, позывы на рвоту и уменьшение ЧСС. Установлен диагноз закрытой ЧМТ с ушибом ствола мозга. ЧДД - 6 в мин, хриплое, поверхностное дыхание. Сатурация-84%. ЧСС- 42 в мин, АД-80/50мм.рт.ст. Начато оказание неотложной помощи.

Вопросы:

1. Какая неотложная коррекция дыхания должна быть проведена пациенту?
2. Какие данные из условия задачи являются основанием для выбранного метода коррекции дыхания?

Эталоны ответов:

1. Больному показана интубация трахеи и искусственная вентиляция легких кислородо-воздушной смесью.

2. Показания к интубации трахеи – отсутствие сознания, больной находится в коме, с целью недопущения западения языка и предотвращения аспирационного синдрома.

Показания для ИВЛ - признаки острой дыхательной недостаточности (ЧДД- 6 в мин, дыхание хриплое, поверхностное, сатурация-84%) и острой недостаточности кровообращения (ЧСС- 42 в мин, АД-80/50мм.рт.ст.).