

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 12:06:02
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

31.05.02 Педиатрия

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-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.2.1. Умеет проводить обследования пациента с целью установления диагноза.	T1. ОПК-4.2.1. T2. ОПК-4.2.1.	C1. ОПК-4.2.1.
	ОПК-4.3.1. Владеет проведением обследования пациента с целью установления диагноза.	T3. ОПК-4.3.1. T4. ОПК-4.3.1.	C2. ОПК-4.3.1.
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.1.13. Знает причины возникновения основных патологических процессов в организме и механизмы развития.	T5. ОПК-5.1.13. T6. ОПК-5.1.13.	C3. ОПК-5.1.13.
	ОПК-5.1.14. Знает основные клинические симптомы и синдромы заболеваний внутренних органов, механизмы возникновения.	T7. ОПК-5.1.14. T8. ОПК-5.1.14.	C4. ОПК-5.1.14.
	ОПК-5.1.15. Знает основные лабораторные симптомы и синдромы при заболеваниях внутренних органов и механизмы их возникновения.	T9. ОПК-5.1.15. T10. ОПК-5.1.15.	C5. ОПК-5.1.15.
	ОПК-5.1.16. Знает клиническую картину болезней и состояний, требующих направления на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T11. ОПК-5.1.16. T12. ОПК-5.1.16.	C6. ОПК-5.1.16.
	ОПК-5.1.17. Знает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной помощи, неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи.	T13. ОПК-5.1.17 T14. ОПК-5.1.17	C7. ОПК-5.1.17

	ОПК-5.2.2. Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи.	T15. ОПК-5.2.2. T16. ОПК-5.2.2.	C8. ОПК-5.2.2.
	ОПК-5.2.8. Умеет проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний и состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.	T17. ОПК-5.2.8. T18. ОПК-5.2.8.	C9. ОПК-5.2.8.
	ОПК-5.3.2. Владеет оцениванием клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи.	T19. ОПК-5.3.2. T20. ОПК-5.3.2.	C10. ОПК-5.3.2.
	ОПК-5.3.5. Владеет проведением дифференциального диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	T21. ОПК-5.3.5. T22. ОПК-5.3.5.	C11. ОПК-5.3.5.
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.1.15. Знает принципы, основные направления и тактику оказания неотложной медицинской помощи.	T23. ОПК-7.1.15. T24. ОПК-7.1.15.	C12. ОПК-7.1.15.
	ОПК-7.1.16. Знает принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации при оказании медицинской помощи в амбулаторных и в стационарных условиях.	T25. ОПК-7.1.16. T26. ОПК-7.1.16.	C13. ОПК-7.1.16.
	ОПК-7.2.2. Умеет назначать медикаментозную и немедикаментозную терапию, в том числе интенсивную терапию и реанимационные мероприятия, с учетом возраста пациента, нозологической формы и клинической картины заболевания в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T27. ОПК-7.2.2. T28. ОПК-7.2.2.	C14. ОПК-7.2.2.
	ОПК-7.3.1. Владеет разработкой плана лечения и профилактики, назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, в том числе интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, с учетом возраста пациента, нозологической формы и клинической картины заболевания в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	T29. ОПК-7.3.1. T30. ОПК-7.3.1.	C15. ОПК-7.3.1.

	Профессиональные компетенции (ПК)		
ПК-1. Способен к проведению обследования детей с целью установления диагноза	ПК-1.1.8. Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной или паллиативной медицинской помощи.	Т31. ПК-1.1.8. Т32. ПК-1.1.8.	С16. ПК-1.1.8.
	ПК-1.2.7. Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной медицинской помощи детям.	Т33. ПК-1.2.7. Т34. ПК-1.2.7.	С17. ПК-1.2.7.
	ПК-1.3.6. Владеет оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи.	Т35. ПК-1.3.6. Т36. ПК-1.3.6.	С18. ПК-1.3.6.

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-4.2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ ПО ШКАЛЕ КОМ ГЛАЗГО ОСНОВАНО НА ОЦЕНКЕ

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

Т2. ОПК-4.2.1. 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

Т3. ОПК-4.3.1. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОЗА: СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ЦИФРЫ АД (СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО СООТВЕТСТВЕННО) ВЫШЕ _____ММ.РТ.СТ

- А. 130 и 80
- Б. *140 и 90
- В. 150 и 100
- Г. 160 и 100

Т4. ОПК-4.3.1. ПАЦИЕНТУ С ЖАЛОБАМИ НА СИЛЬНУЮ БОЛЬ В ГРУДИ, НАЧАВШУЮСЯ 5 МИНУТ НАЗАД ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ И НЕ КУПИРУЕМУЮ ПРИЕМОМ НИТРОГЛИЦЕРИНА, СЛЕДУЕТ НЕМЕДЛЕННО ПРОВЕСТИ

- А. Пульсоксиметрию
- Б. Рентгенографию ОГК
- В. Тропониновый тест
- Г. *Электрокардиографию

Т5. ОПК-5.1.13. 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

Т6. ОПК-5.1.13. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Западение языка
- Б. Ларингоспазм
- В. Бронхоспазм
- Г. Бронхиальная обструкция

Т7. ОПК-5.1.14. 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. Лактатацидотической

Т8. ОПК-5.1.14. ВНЕЗАПНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, БЛЕДНАЯ ВЛАЖНАЯ КОЖА, ПОВЫШЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА И СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ, СУДОРОГИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____ КОМЫ

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

Т9. ОПК-5.1.15. 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

Т10. ОПК-5.1.15. ГИПЕРОСМОЛЯРНСТЬ ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ СУММЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

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

Т11. ОПК-5.1.16. ПАЦИЕНТУ С ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

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

Т12. ОПК-5.1.16. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПАЦИЕНТУ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ ПОКАЗАТЕЛИ

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

Т13. ОПК-5.1.17. ПЕРЕДОЗИРОВКА МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ:

- А. *Спутанное сознание, онемение кончика языка, затруднение дыхания, гипотония
- Б. Гиперемия кожных покровов, отек ротоглотки, волдыри, гипотония
- В. Боли в сердце, отдающие под лопатку, бледность, гипотония, тахикардия,

Г. Вынужденное положение сидя, тахипное, длинный свистящий выдох, цианоз

T14. ОПК-5. 1.17. 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 8,7ММОЛЬ/Л, МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ РАЗВИТИЯ

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

T15. ОПК-5.2.2. О РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

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

T16. ОПК-5.2.2. У БОЛЬНОГО С ЧМТ ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ И СЛАБАЯ РЕАКЦИЯ В ВИДЕ «ГРИМАСЫ СТРАДАНИЯ» ТОЛЬКО НА ИНТЕНСИВНЫЙ БОЛЕВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ

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

T17. ОПК-5.2.8. 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

T18. ОПК-5.2.8. ВНЕЗАПНОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ, 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

T19. ОПК-5.3.2. 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

T20. ОПК-5.3.2. СИМПТОМОКОМПЛЕКС ВКЛЮЧАЮЩИЙ, ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ СИДЯ С УПОРОМ НА РУКИ, ЧАСТОЕ СВИСТЯЩЕЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ, ЦИАНОЗ, «НЕМЫЕ ЗОНЫ» ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

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

T21. ОПК-5.3.5. ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ЛЕВУЮ РУКУ, ЛОПАТКУ, ЛЕВУЮ ПОЛОВИНУ ШЕИ, СНИЖЕНИЕ СЕГМЕНТА ST В ЛЕВЫХ ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Шейного остеохондроза
- Б. Пароксизма мерцательной аритмии
- В. *Острого коронарного синдрома
- Г. Внебольничной пневмонии

T22. ОПК-5.3.5. ДЛЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, КРОМЕ СПЛЕНОМЕГАЛИИ, ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЮТСЯ

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

T23. ОПК-7.1.15. ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ, СПАСАТЕЛЬ ДОЛЖЕН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

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

T24. ОПК-7.1.15. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ, У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМОЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ПОМИМО ИНСУЛИНОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

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

T25. ОПК-7.1.16. В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПАЦИЕНТУ С АСИСТОЛИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ВВЕДЕНИЕ АДРЕНАЛИНА

- А. *Внутривенно
- Б. Внутрисердечно
- В. Внутримышечно
- Г. Внутриаартериально

T26. ОПК-7.1.16. ОПТИМАЛЬНАЯ ГЛУБИНА ГРУДНЫХ КОМПРЕССИЙ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА СОСТАВЛЯЕТ ____ СМ

- А. 1-2

- Б. 3-4
- В. *5-6
- Г. 7-8

Т27. ОПК-7.2.2. СООТНОШЕНИЕ ГРУДНЫХ КОМПРЕССИЙ И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ

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

Т28. ОПК-7.2.2. СООТНОШЕНИЕ ГРУДНЫХ КОМПРЕССИЙ И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- Д. *15:2
- Е. 5:1
- Ж. 20:4
- З. 30:3

Т29. ОПК-7.3.1. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ РЕБЕНКУ, ВЕЛИЧИНА ПЕРВОГО РАЗРЯДА БИФАЗНОГО ДЕФИБРИЛЯТОРА СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЖ/КГ

- А. *2
- Б. 4
- В. 6
- Г. 8

Т30. ОПК-7.3.1. БЕСПОКОЙТВО, ШУМ В УШАХ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СУДОРОГИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЛИДОКАИНА В ПЕРИДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО БОЛЬНОЙ, РАСЦЕНИЛАСЬ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ КАК ТОКСИЧЕСКАЯ ПЕРЕДОЗИРОВКА МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ И ПОТРЕБОВАЛА НЕМЕДЛЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

- А. *Жировой эмульсии
- Б. Антигистаминных препаратов
- В. Дыхательных аналептиков
- Г. Адреномиметических средств

Т31. ПК-1.1.8. У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ, ПОСТРАДАВШЕГО В ДТП, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ, САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСАЦИИ НА ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

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

Т32. ПК-1.1.8. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛНОЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Беззвучный кашель
- Б. Громкий кашель
- В. Удлиненный выдох

Г. Бессвязная речь

Т33. ПК-1.2.7. У ПАЦИЕНТКИ 14 ЛЕТ, ПРООПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ГНОЙНОГО АППЕНДИЦИТА, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЦЕФТРИАКСОНА ПОЯВИЛИСЬ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА, БЛЕДНОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АД ДО 75/40 ММ.РТ.СТ., ЧТО МОЖНО РАСЦЕНИТЬ КАК

- А. Септический шок
- Б. Крапивница
- В. *Анафилактический шок
- Г. Коллапс

Т34. ПК-1.2.7. ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОЙ (ЧАСТИЧНОЙ) ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Инспираторная одышка
- Б. Экспираторная одышка
- В. Немой кашель
- Г. Загрудинная боль

Т35. ПК-1.3.6. У ПАЦИЕНТА 18 ЛЕТ, НАРКОМАНА В АНАМНЕЗЕ, ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССА РЕЗКО УХУДИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ – ЛИХОРАДКА ДО 39°С, ОЗНОБ, СЛАБОСТЬ, СПУТАННОЕ СОЗНАНИЕ, ТАХИКАРДИЯ ДО 130 В МИН, ТАХИПНОЕ ДО 40 В МИН, ГИПОТОНΙΑ ДО 70/40 ММ.РТ.СТ., АНУРИЯ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ШОКА

- А. *Септического
- Б. Гиповолемического
- В. Кардиогенного
- Г. Нейрогенного

Т36. ПК-1.3.6. 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

- Д. Напряженного пневмоторакса
- Е. *Тромбоэмболии легочной артерии
- Ж. Острого коронарного синдрома
- З. Острой пневмонии

Ситуационные задания

С1. ОПК-4.2.1. У женщины 70 лет внезапно возникла боль в груди, одышка, кашель с кровянистой мокротой, цианоз груди и лица. ЧДД – 28 в мин, ЧСС – 120 в мин, АД – 170/90 мм.рт.ст. Набухание шейных вен. Живот безболезнен. 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?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
В пользу ТЭЛА говорят:

– данные анамнеза (страдает тромбозом глубоких вен голени),
– объективные данные – внезапное ухудшение состояния, выраженная одышка до 28 дыханий в 1 минуту, умеренный цианоз лица и верхней половины туловища, АД – 170/90 мм рт. ст. Набухание шейных вен.

– лабораторные и инструментальные данные - Нг – 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.

2. Для подтверждения диагноза нужно провести ангиопульмонографию или КТ с контрастом, а также измерить Д-димеры.

С2. ОПК-4.3.1. 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. Цианоз губ. ЧД 24 в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 108 уд. в минуту. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

Вопросы:

1. Какое состояние, наиболее вероятно развилось у больного?
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Острый коронарный синдром (Стенокардия? Инфаркт миокарда?) Кардиогенный шок.

2. Необходима запись ЭКГ. 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.

Также необходимо исследовать уровни сердечных тропонинов и креатинфосфокиназы. В случае инфаркта миокарда они будут повышены.

С3. ОПК-5.1.13. Больной 60 лет обнаружен соседями на скамейке без сознания. За час до этого его видели в магазине. Доставлен в ОИТ. При осмотре: сознание утрачено, в выдыхаемом воздухе запах алкоголя. Нижняя челюсть релаксирована. Мышечный тонус снижен, на болевой раздражитель реагирует некоординированными движениями. Зрачки равны, фотореакция вялая. Кожа бледная, сухая. Дыхание самостоятельное, храпящее, ЧДД 10 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание. АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110 в мин. Живот мягкий. Перистальтика сохранена.

Вопросы:

1. Какой диагноз, наиболее вероятен, у пациента?
2. Какие ведущие патологические синдромы и причины их возникновения у пациента?

Эталоны ответов:

1. Отравление этиловым спиртом. На это указывает запах алкоголя в выдыхаемом воздухе, внезапность развития на фоне относительного благополучия, возможный контакт с отравляющим веществом.

2. Этиловый спирт – это нейротоксический яд. Ведущие патологические синдромы: у больного - поражение центральной нервной системы (кома, отсутствие симптомов очагового поражения головного мозга, вялая фотореакция, релаксирована нижняя челюсть) с депрессией дыхательного (ЧДД-10 в мин) и сосудодвигательного центров (АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110 в мин) вследствие алкогольной интоксикации.

С4. ОПК-5.1.14. 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. Что свидетельствует в пользу этого диагноза?

Эталоны ответов:

1. Токсическая передозировка местных анестетиков.
2. 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.

С5. ОПК-5.1.15. Пациент 40-ти лет, страдающий гломерулонефритом, поступил в клинику в бессознательном состоянии. При осмотре: кожные покровы бледные, пастозные, аммиачный запах изо рта, ригидность мышц затылка, дыхание Чейн-Стокса. Печень – у края реберной дуги. В крови: Нв 80 г/л, общий билирубин 20 мкмоль/л, глюкоза 4ммоль/л, креатинин 557 мкмоль/л, мочевины 47 ммоль/л, осмолярность плазмы 355мосм/л, диурез - 0,3мл/мин.

Вопросы:

1. Какое состояние, наиболее вероятно развилось у больного?
2. Что свидетельствует в пользу этого диагноза?

Эталоны ответов:

1. Острое повреждение почек в стадии олигоанурии
2. Это подтверждают клинические данные (кома, аммиачный запах изо рта, ригидность мышц затылка, дыхание Чейн-Стокса олигурия - диурез 0,3мл/мин), данные лабораторного исследования (повышение азотистых шлаков - креатинин 557 мкмоль/л, мочевины 47 ммоль/л и, как следствие, гиперосмолярность плазмы 355мосм/л) .

С6. ОПК-5.1.16. Бригадой СМП доставлен пациент, который 4 дня назад отметил появление приступообразной боли в левой поясничной области с иррадиацией в промежность. Объективно: состояние тяжелое. В оглушении. Кожные покровы бледные. Отеки лица и ног. Т- 37,0°С, ЧСС- 52 уд..в мин, ЧДД- 24 в мин., АД- 187/119 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие. Нижний край печени на уровне реберной дуги. По катетеру – мочи 500 мл за сутки.

Вопросы:

1. Каков диагноз у этого пациента?
2. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому больному?

Эталоны ответов:

1. Мочекаменная болезнь. Острое повреждение почек в стадии олигоанурии.
2. Ввести анальгетики (трамадол, дексалгин, кетопрофен и др.) и спазмолитики (но-шпа, папаверин, платифиллин).

УЗИ почек и мочевыводящих путей для выбора метода и объема хирургического вмешательства с целью удаления камней из мочевыводящих путей.

Контроль диуреза и шлаков крови (мочевина, креатинин, калий, рН) для решения вопроса о необходимости гемодиализа.

С7. ОПК-5.1.17. Шахтер, извлеченный из-под завала, доставлен в ОИТ. На 4-е сутки его состояние резко ухудшилось. Заторможен, желтушность склер и кожи. Усилился отек нижней конечности, подвергшейся сдавливанию. Т - 37,6°С, 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).

С8. ОПК-5.2.2. Пациент 56 лет доставлен в ОИТ без сознания. Выяснено, что около 2 лет отмечал жажду, повышенный аппетит, полиурию. Три дня назад появилась слабость, тошнота, рвота, исчез аппетит. При лабораторном обследовании: эритроциты 4,9 Т/л, гематокрит 0,5 л/л, СОЭ 12 мм/час, 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. Относительная плотность мочи 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.

С9. ОПК-5.2.8. 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 10ммоль/л, гематокрит 58%, лактат 1,2ммоль/л, калий-5,8ммоль/л, осмолярность 344 мосмоль/л. Анурия.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у пациентки?
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)).

С10. ОПК-5.3.2. 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.

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.

С11. ОПК-5.3.5. У пациентки 48 лет, перенесшей холецистэктомию 10 дней назад, внезапно возникла боль в груди, одышка, кашель с кровянистой мокротой, цианоз верхней части грудной клетки и лица. ЧДД – 30 в мин, ЧСС – 122 в мин, АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот слегка вздут. Печень у края реберной дуги. Диурез адекватен. Отеков нет. В анализе крови: протромбиновый индекс 100%, фибриноген 5,0 г/л, Нт – 58%, Нв - 155 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.
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.

С12.ОПК-7.1.15. После приема таблетки анальгина 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 E, гистамина и др. веществ). Вызов реаниматолога, перевод в отделение интенсивной терапии.

С13. ОПК-7.1.16. 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. Целесообразно начать инфузионную терапию у этого пациента полиионным кристаллоидом, например, р-р Рингера в/в капельно. Кроме кристаллоидов, в состав инфузионной терапии могут входить коллоиды – волювен, гелофузин, альбумин.

С14. ОПК-7.2.2. 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?

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.

С15. ОПК-7.3.1. 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)

С16. ПК-1.1.8. Во время приема еды в школе, ребенок 10 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. 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 еды) и клиническая картина (внезапное начало, беззвучный кашель, инспираторная одышка, возбуждение, цианоз).

С17. ПК-1.2.7. Пациентка 53 лет поступила в ОИТ с жалобами на слабость, частый жидкий стул, рвоту. Заболела сутки назад после употребления пиццы. Объективно: состояние тяжелое. В сознании, заторможена. Кожные покровы с бледные, сухие, тургор тканей снижен. Т 37,7°C. ЧДД 24 в мин. Дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, ЧСС 116 в минуту. АД 90/50 мм.рт.ст. ЦВД 2 см.вод.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Перистальтика усилена. 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 подтверждают диагностированное нарушение водно-электролитного обмена?

Эталоны ответов:

1. Гиповолемический шок. Изотоническая дегидратация.
2. Изотоническая дегидратация подтверждается:
 - данными анамнеза - частый жидкий стул, рвота после употребления пиццы;
 - характером клинической картины - снижение тургора тканей, сухость слизистых, одышка, тахикардия;
 - инструментальными исследованиями- снижение АД и ЦВД;
 - 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.

С18. ПК-1.3.6. У пациента 15 лет, болеющего сахарным диабетом, на уроке появились тошнота, головокружение, дрожание рук, агрессивность. Утром сделал инсулин и не позавтракал. Доставлен БСМП в ОИТ. Сознание отсутствует. Зрачки расширены. Сухожильные рефлексы повышены. Кожные покровы бледно-розовые, влажные. ЧДД 20 в мин., везикулярное. Тоны сердца ритмичные, АД 120/70 мм.рт.ст., Р- 92 в мин. Живот мягкий, перистальтика сохранена. По катетеру - 300 мл мочи. В крови: эр. 4,2 Т/л, гематокрит 0,43 л/л, лейкоциты 7,5 Г/л, белок 74 г/л, мочевины 5,4 ммоль/л, глюкоза 2,6 ммоль/л, К- 4,3 ммоль/л, Na -143 ммоль/л, рН 7,39.

Вопросы:

1. Какова наиболее вероятная причина коматозного состояния?
2. Что свидетельствует в пользу этого диагноза?

Эталоны ответов:

1. Наиболее вероятная причина: гипогликемическая кома.
2. В пользу предполагаемого диагноза свидетельствуют:
Данные анамнеза: страдает сахарным диабетом, введение инсулина, не подкрепленное пищей.
Объективно: быстрое начало, дрожание рук, влажная кожа, агрессия, влажная кожа, мидриаз, повышенные сухожильные рефлексы.
Лабораторные данные: гипогликемия - глюкоза 2,6 ммоль/л.