

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**

| <b>№</b> | <b>Дата и номер протокола утверждения</b> | <b>Раздел ФОС</b> | <b>Основание актуализации</b> | <b>Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию</b> |
|----------|---|-------------------|-------------------------------|--|
|          |   |                   |                               |  |
|          |   |                   |                               |  |
|          |   |                   |                               |  |

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

|   |   |  |                         |
|---|---|--|-------------------------|
|   | <b>ОПК-5.2.2.</b> Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи.  | <b>T15.</b> ОПК-5.2.2.<br><b>T16.</b> ОПК-5.2.2.   | <b>C8.</b> ОПК-5.2.2.   |
|   | <b>ОПК-5.2.8.</b> 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.  | <b>T17.</b> ОПК-5.2.8.<br><b>T18.</b> ОПК-5.2.8.   | <b>C9.</b> ОПК-5.2.8.   |
|   | <b>ОПК-5.3.2.</b> Владеет оцениванием клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи.  | <b>T19.</b> ОПК-5.3.2.<br><b>T20.</b> ОПК-5.3.2.   | <b>C10.</b> ОПК-5.3.2.  |
|   | <b>ОПК-5.3.5.</b> Владеет проведением дифференциального диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.   | <b>T21.</b> ОПК-5.3.5.<br><b>T22.</b> ОПК-5.3.5.   | <b>C11.</b> ОПК-5.3.5.  |
| <b>ОПК-7.</b> Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности | <b>ОПК-7.1.15.</b> Знает принципы, основные направления и тактику оказания неотложной медицинской помощи.   | <b>T23.</b> ОПК-7.1.15.<br><b>T24.</b> ОПК-7.1.15. | <b>C12.</b> ОПК-7.1.15. |
|   | <b>ОПК-7.1.16.</b> Знает принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации при оказании медицинской помощи в амбулаторных и в стационарных условиях.   | <b>T25.</b> ОПК-7.1.16.<br><b>T26.</b> ОПК-7.1.16. | <b>C13.</b> ОПК-7.1.16. |
|   | <b>ОПК-7.2.2.</b> 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.  | <b>T27.</b> ОПК-7.2.2.<br><b>T28.</b> ОПК-7.2.2.   | <b>C14.</b> ОПК-7.2.2.  |
|   | <b>ОПК-7.3.1.</b> 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. | <b>T29.</b> ОПК-7.3.1.<br><b>T30.</b> ОПК-7.3.1.   | <b>C15.</b> ОПК-7.3.1.  |

|   | <b>Профессиональные компетенции (ПК)</b>  |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
| <b>ПК-1.</b> Способен к проведению обследования детей с целью установления диагноза | <b>ПК-1.1.8.</b> Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной или паллиативной медицинской помощи.            | <b>Т31.</b> ПК-1.1.8.<br><b>Т32.</b> ПК-1.1.8. | <b>С16.</b> ПК-1.1.8. |
|   | <b>ПК-1.2.7.</b> Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной медицинской помощи детям. | <b>Т33.</b> ПК-1.2.7.<br><b>Т34.</b> ПК-1.2.7. | <b>С17.</b> ПК-1.2.7. |
|   | <b>ПК-1.3.6.</b> Владеет оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи.                   | <b>Т35.</b> ПК-1.3.6.<br><b>Т36.</b> ПК-1.3.6. | <b>С18.</b> 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 3-9ммоль/л) и калия (норма 3,3-5,5ммоль/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 - 1,2ммоль/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  $\beta_2$ -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.